



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



Informazioni su questo libro

Si tratta della copia digitale di un libro che per generazioni è stato conservata negli scaffali di una biblioteca prima di essere digitalizzato da Google nell'ambito del progetto volto a rendere disponibili online i libri di tutto il mondo.

Ha sopravvissuto abbastanza per non essere più protetto dai diritti di copyright e diventare di pubblico dominio. Un libro di pubblico dominio è un libro che non è mai stato protetto dal copyright o i cui termini legali di copyright sono scaduti. La classificazione di un libro come di pubblico dominio può variare da paese a paese. I libri di pubblico dominio sono l'anello di congiunzione con il passato, rappresentano un patrimonio storico, culturale e di conoscenza spesso difficile da scoprire.

Commenti, note e altre annotazioni a margine presenti nel volume originale compariranno in questo file, come testimonianza del lungo viaggio percorso dal libro, dall'editore originale alla biblioteca, per giungere fino a te.

Linee guida per l'utilizzo

Google è orgoglioso di essere il partner delle biblioteche per digitalizzare i materiali di pubblico dominio e renderli universalmente disponibili. I libri di pubblico dominio appartengono al pubblico e noi ne siamo solamente i custodi. Tuttavia questo lavoro è oneroso, pertanto, per poter continuare ad offrire questo servizio abbiamo preso alcune iniziative per impedire l'utilizzo illecito da parte di soggetti commerciali, compresa l'imposizione di restrizioni sull'invio di query automatizzate.

Inoltre ti chiediamo di:

- + *Non fare un uso commerciale di questi file* Abbiamo concepito Google Ricerca Libri per l'uso da parte dei singoli utenti privati e ti chiediamo di utilizzare questi file per uso personale e non a fini commerciali.
- + *Non inviare query automatizzate* Non inviare a Google query automatizzate di alcun tipo. Se stai effettuando delle ricerche nel campo della traduzione automatica, del riconoscimento ottico dei caratteri (OCR) o in altri campi dove necessiti di utilizzare grandi quantità di testo, ti invitiamo a contattarci. Incoraggiamo l'uso dei materiali di pubblico dominio per questi scopi e potremmo esserti di aiuto.
- + *Conserva la filigrana* La "filigrana" (watermark) di Google che compare in ciascun file è essenziale per informare gli utenti su questo progetto e aiutarli a trovare materiali aggiuntivi tramite Google Ricerca Libri. Non rimuoverla.
- + *Fanne un uso legale* Indipendentemente dall'utilizzo che ne farai, ricordati che è tua responsabilità accertarti di farne un uso legale. Non dare per scontato che, poiché un libro è di pubblico dominio per gli utenti degli Stati Uniti, sia di pubblico dominio anche per gli utenti di altri paesi. I criteri che stabiliscono se un libro è protetto da copyright variano da Paese a Paese e non possiamo offrire indicazioni se un determinato uso del libro è consentito. Non dare per scontato che poiché un libro compare in Google Ricerca Libri ciò significhi che può essere utilizzato in qualsiasi modo e in qualsiasi Paese del mondo. Le sanzioni per le violazioni del copyright possono essere molto severe.

Informazioni su Google Ricerca Libri

La missione di Google è organizzare le informazioni a livello mondiale e renderle universalmente accessibili e fruibili. Google Ricerca Libri aiuta i lettori a scoprire i libri di tutto il mondo e consente ad autori ed editori di raggiungere un pubblico più ampio. Puoi effettuare una ricerca sul Web nell'intero testo di questo libro da <http://books.google.com>

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

A T T I

DELLA

LIBRARY

SOCIETÀ MEDICO-FISICA

FIorentina

COMPILATI

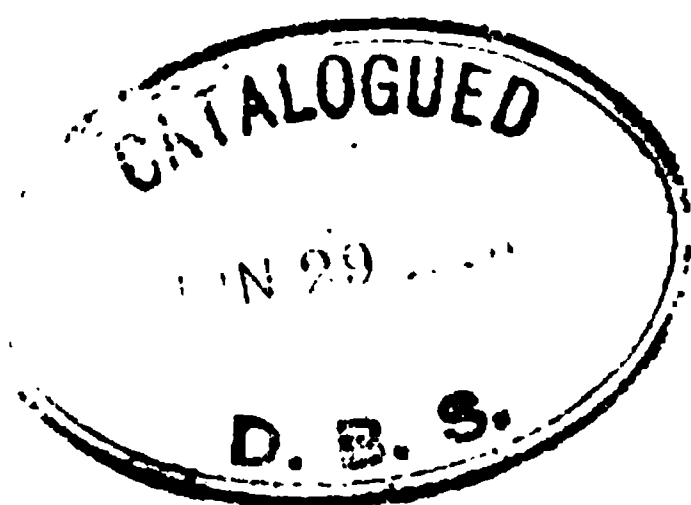
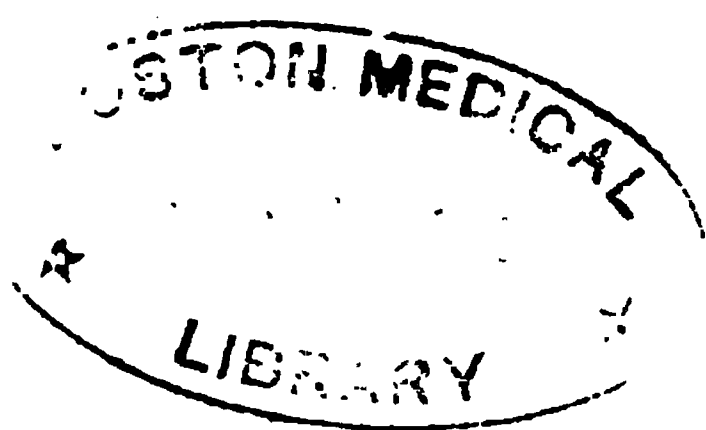
DAL SEGRETARIO DEGLI ATTI

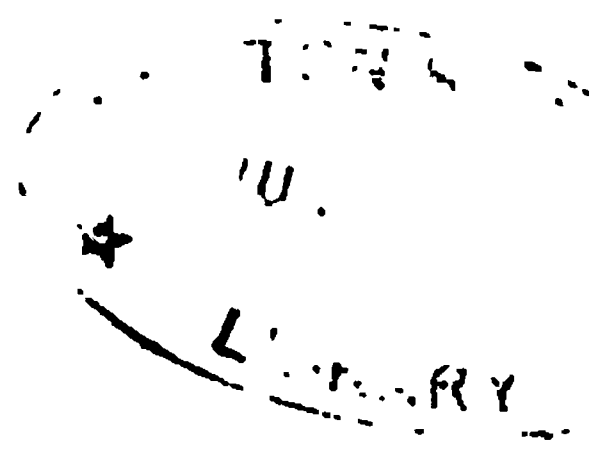
Dott. TOMMASO TOMMASI

Anno Accademico 1878-79

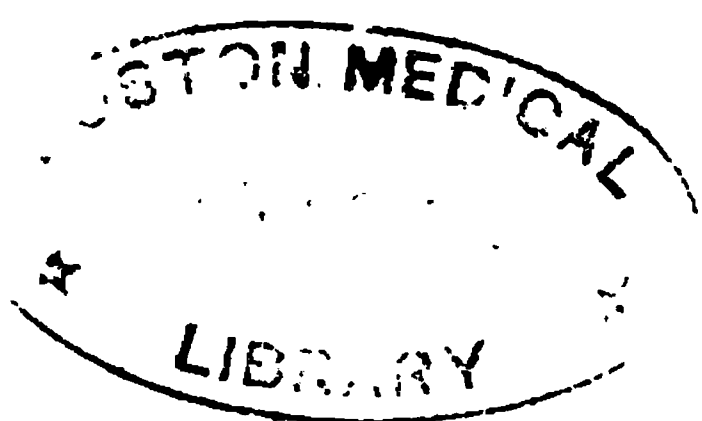
FIRENZE
TIPOGRAFIA CENNINIANA

—
1879





ATTI ACCADEMICI
DELLA
SOCIETÀ MEDICO-FISICA
FIorentina



TOUR
10.
L. H. RY

ATTI ACCADEMICI
DELLA
SOCIETÀ MEDICO-FISICA
FIorentina



SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA

ADUNANZA PUBBLICA SOLENNE

DEL DÌ 27 GENNAIO 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti i socii: Baroffio, Zannetti Raffaello, Roster, Marcacci, Filippi, Pratesi, Romei, Tafani, Turchini, Ceccherelli, Dainelli, Faralli, Leopardi, Grilli, Tommasi, Simi, Bargioni, Del Greco, Zannetti Prof. Ferdinando e Capezzuoli Prof. Serafino (membri onorarii).

Alle ore 12 e mezzo meridiane viene aperta la seduta e data subito la parola al Vice Segretario degli Atti, che legge il resoconto annuale dei lavori stati letti all'Accademia, con la necrologia del Prof. Filippo Parlatore, del Prof. Carlo Ghinozzi, del generale Alfonso La Marmora e del Prof. Ranieri Bellini.

Successivamente ha la parola il Segretario delle corrispondenze, che legge il rapporto sulle opere inviate in dono alla Società, e tesse anche l'elogio del Professor Carlo Livi.

La seduta pubblica è sciolta alle ore 3 pomeridiane.

V° *Il Presidente*
Prof. G. PELLIZZARI.

Il Vice Segretario
Dott. T. TOMMASI.

PRIMA ADUNANZA PUBBLICA ORDINARIA

DEL DÌ 10 FEBBRAIO 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti i soci: Tafani, Grassi, Romei, Marcacci, Grilli, Brigidi, Tommasi, Del Greco, Simi, Baroffio e Faralli.

Ha pel primo la parola il Dottor Vincenzo Brigidi, per intrattenere l'Accademia sopra alcuni studi di anatomia patologica sulla ipermegalia.

Egli ricorda come l'ipermegalia venisse in principio classificata fra le malattie di origine nervosa, e come successivamente i Patologi l'attribuissero a cagioni che determinano primitivamente un disordine nella nutrizione dei muscoli volontari. Dice che questa opinione ebbe piena conferma dalle osservazioni anatomiche fatte prima su frammenti di muscoli tolti dal vivente ed in seguito dalle necrossie. In tutti questi casi i muscoli furono trovati più o meno atrofizzati nei loro elementi istologici contrattili, e con uno sviluppo abnorme di tessuto connettivo o adiposo, ai quali era a riferirsi l'aumento di volume che nei varii periodi della malattia questi organi frequentemente presentano. Nei centri nervosi, come nei nervi periferici e nel simpatico, non vennero riscontrate alterazioni di sorta. Nota peraltro il Dott. Brigidi che l'esame del sistema ganglionare, da quanto è a sua cognizione, venne eseguito una sola volta dal Cohnheim. Però il Duchenne, nella sua bella monografia intorno a questa infermità, espone alcune importantissime considerazioni, per le quali quest'Autore è indotto a ritenere l'ipermegalia dipendente dai vasi motori.

Ciò premesso, il Dott. Brigidi, prima di riferire i risultati delle sue osservazioni intorno al simpatico, espone per sommi capi la storia clinica e quanto altro si riferisce al caso che gli offrì opportunità di fare questi studi, per porre in sodo la diagnosi, non trascurando un breve confronto colle malattie che hanno più analogia colla paralisi pseudo-ipertrofica od ipermegalia che dir si voglia.

Accertata così la diagnosi, passa all'esame del sistema ganglionare.

I diversi gangli costituenti la catena del simpatico erano di volume presso a poco normale, ma più coloriti, specialmente quelli della regione cervicale.

Dopo averli tenuti immersi per qualche giorno nell'alcool, esaminatili al microscopio, furono trovati più o meno gravemente alterati.

Anco ad un piccolo ingrandimento poteva facilmente vedersi in essi un notevole sviluppo di vasi, con dilatazioni parziali, tanto nelle parti periferiche che nelle centrali.

Osservate le stesse preparazioni con più forte ingrandimento, fu constatato che i vasi malati erano vene, e che le dilatazioni parziali erano notevolissime; ve n'erano di tutte le forme; cilindriche, affusate e sarciformi; le più piccole avevano il massimo loro diametro di 60, 80 e 90 millesimi di millimetro: fra le più grandi se ne trovavano persino di quelle che avevano più di un decimo di millimetro di diametro. Le cellule gangliari apparivano più o meno rimpicciolite e specialmente quelle che si trovavano sulle adiacenze dei vasi. In alcuni luoghi avevano esse soggiaciuto a tal grado di atrofia, che non misuravano nel loro diametro maggiore più di 14 millesimi di millimetro. Tutte poi queste cellule si mostravano fortemente pigmentate; nelle più piccole non era più visibile il nucleo.

Le fibre nervose con mielina erano in scarsissimo numero: abbondante invece si trovava ovunque il connettivo interstiziale. Nei gangli celiaci le vene erano meno

alterate, ma in questi gangli fu notato qua e là una proliferazione nucleare, consociata a fatti di degenerazione grassosa, sia degli endotelii delle capsule contenenti le cellule nervose, sia dei nuclei neo-formati.

Così termina il Dott. Brigidi la sua comunicazione, per cedere la parola al socio Dott. Alessandro Tafani che ci riferiva, sempre nel campo dell'anatomia patologica, i risultati dei suoi studi sopra alcuni casi di *edema della retina*.

Dopo alcune considerazioni generali sopra questa importante malattia oculare, l'Autore entra a descrivere i caratteri intrinseci dell'affezione, primo dei quali è la presenza di cavità cistoidi, le quali vanno man mano sviluppandosi negli strati più prossimi alla corioide e più specialmente nello strato dei granuli esterni; un fatto analogo si ripete qualche volta anche fra le altre granulazioni, vale a dire all'interno della membrana dell'Hannover. Una volta che queste cavità cistoidi si sono formate, alterando i rapporti fra gli strati delle granulazioni esterne ed interne, è facile il comprendere come anche gli altri strati retinici debbano aver subito differenti modificazioni, non tanto le membrane di Jacob e di Schultze, quanto lo strato molecolare e quello delle cellule cerebrali. Quanto alle qualità cistoidi, ritiene l'Autore che non siano rivestite da vero e proprio epitelio; e perciò non sieno vere e proprie cisti; ma tutt'al più possano presentare quà e là alcune cellule pianeggianti di connettivo, che d'altronde si riscontrano anche fisiologicamente sull'andamento delle fibre radiali.

Finalmente l'Autore fa osservare che quando l'edema retinico non si limita soltanto a produrre cavità cistoidi negli strati delle granulazioni, ma si estende anco agli strati molecolari ed a quelli delle cellule e fibre nervose, tutti questi strati ci presentano per lo più un aspetto reticolato marcatissimo, anzichè la forma cistoidea. Questo

fatto dell'osservare la forma a rete anche nello strato molecolare, convince sempre più l'Autore essere più ammissibile la dottrina di Schultze, che lo ritiene composto di sottilissimi filamenti, anzichè l'altra dell'Hannover che lo crede formato da una sostanza granulosa ed amorfa.

Nessuna discussione ha luogo sulla comunicazione del Dott. Brigidi; su quella però del Dott. Tafani, chiede la parola il Dott. Simi, al solo scopo di elogiare il lavoro del giovine microscopista e per far voti: che studi così importanti si ripetano anche sopra altre malattie retiniane, promettendo egli stesso di fornire all'occasione il materiale occorrente. Dopo l'esame dei preparati microscopici relativi alla memoria del Dott. Brigidi e del Dott. Tafani, l'adunanza si scioglie alle 2 pomeridiane.

V^o *Il Presidente*
Prof. G. PELLIZZARI.

Il Vice Segretario
Dott. T. TOMMASI.

SECONDA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 17 MARZO 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti: Grilli, Zannetti Prof. Ferdinando, Romei, Pratesi, Stefanelli, Ceccherelli, Dainelli, Pellizzari Celso, Paganucci, Zannetti Raffaello, Stacchini, Baroffio, Faralli, Tafani, Turchini, Eccher, Simi, Grassi, Del Greco, Tommasi e Tempesti Gio. Carlo socio corrispondente.

Ha la parola il socio sig. Giuseppe Romei, il quale, impressionato dalle numerose sofisticazioni e falsificazioni che subisce l'eroico sale della chinina, si è fermato specialmente a considerar quella assai recente, dovuta alla

aggiunta dell'acido salicilico; e ci descrive appunto un nuovo metodo per riconoscere il suddetto acido, aggiunto fraudolentemente al solfato di chinina e il modo per determinarne la quantità.

L'autore ricorda che il sig. Pratesi aveva altra volta comunicato all'Accademia l'esistenza di un falso solfato proveniente dalla Germania, sofisticato spesso con acido salicilico, e ricorda come il Pratesi si fondasse sulla colorazione gialla che l'acido azotico produce aggiunto all'acido salicilico, reazione che non ha luogo col solfato di chinino, per trarre un carattere atto a scuoprire in questo la presenza di quello.

Il Romei dice non credere una tale reazione caratteristica e propria del solo acido salicilico, ed è perciò che egli si è servito, come mezzo reattivo, dell'etere, già indicato dall'Ivon per la ricerca dello stesso acido nel vino e nell'orina, come quello che avendo la proprietà di sciogliere l'acido salicilico, non scioglie però affatto il solfato di chinina. Ecco in che consiste il processo del Romei:

Egli ha preso 98 cent. di solfato di china e gli ha mescolati con 2 di acido salicilico; ha versato la miscela in un tubo da saggio; vi ha aggiunto 2 cc. di etere; dopo avere agitato il tutto e lasciato quindi in riposo, ha decantato l'etere, al quale ha aggiunto tanto di una soluzione di percloruro di ferro, quanto può starne sulla punta di una bacchetta; immediatamente ha ottenuto il colore rosso-violaceo caratteristico della presenza di acido salicilico. Un secondo esperimento fatto con una sola parte di acido per 99 di solfato, ha dato all'autore identico risultato.

Fatto così sicuro dell'esattezza del reattivo, immaginò un piccolo apparecchio a spostamento che gli permettesse di riprendere tutto l'etere aggiunto ad un peso determinato del solfato sospetto. L'apparecchio consiste in un tubo di vetro affilato all'estremità inferiore, al quale si unisce un tubo di gomma, da chiudersi mercè una pin-

zetta de Luca, quasi chiuso nella parte affilata da alcuni frammenti di amianto. Questo l'apparecchio. Il processo chimico è il seguente: colloca nel tubo un dato peso di solfato sospetto; vi aggiunge 4 o 5 cc. di etere, agita leggermente e lascia in riposo per 10 minuti, chiudendo l'estremo superiore del tubo con tappo: apre quindi la pinzetta de Luca, lasciando scolare l'etere in una capsulina di porcellana già tarata: tratta con nuovo etere il solfato, ed il liquido che ne ottiene aggiunge al primo; evapora il tutto ed ottiene così il peso esatto dell'acido salicilico contenuto in quel dato solfato. L'autore termina col dire che per il saggio qualitativo potrebbe usarsi anche l'alcool amilico, ma per quello quantitativo userebbe sempre l'etere, perchè sarebbe più sicuro di non sciogliere traccia alcuna di solfato.

Terminata questa lettura, il Presidente concede la parola al Dott. Gio. Carlo Tempesti che comunica verbalmente alla Società la *storia di un caso assai importante di litotrizia*, da esso osservato in Livorno, sopra un signore di 46 anni.

Trattavasi di un grosso calcolo vescicale, che a ripetute misurazioni avea sempre dato un diametro di 22 linee (circa 50 millimetri), meno una volta che ne dette sole 17. Il Tempesti non avrebbe voluto praticare la litotrizia, perchè certamente contro-indicata, avendo di fronte una pietra così voluminosa; ma d'altra parte sapeva qual tristo esito corrono le cistotomie, per la stessa causa della grossezza del calcolo. In questo bivio alquanto penoso, pensò il Tempesti di trovare una via di conciliazione, proponendosi di fare una seduta di litotrizia come preliminare della cistotomia, anzichè far quella dopo questa, come si usa comunemente; senza pensare che in questo ultimo caso, dovendosi agire a vescica vuota, questa ed il collo vescicale soffrono grandemente per le manovre a ciò necessarie, come ne fan fede i tristi esiti che se ne ottengono.

lta; e il risultato
avesse una cer
questa manovra
ero l'autore a
per dirla in br
de sollievo del
i frammenti d
la cura e il lito
; si era giunti

avviso di continu
tà del suo litotr
con ripetuti colp

ceva l'autore, m
a mi sarò assic
o era infrangibi
se ciò non ac
potrà dirsi finit
proprio in quest'u
to dirsi assicur
ta un'orchite, co
della fossa iliaca
iscesa di un nuc
millimetri.
raltro fu rotto e

a storia di ques
ti particolarità:
. ha praticato m
olleranza del m.
à di questo, coi
a.
a dilatatoria, pe
e i frammenti (c

sempre dello stesso litoclaste di media grossezza, avendo la fortuna di mai pizzicare la vescica.

3° Tutta la cura riuscì incruenta, meno lo sbrigliamento del meato urinario.

4° Tutte e venti le sedute non furono mai dolorose per sè stesse; qualche volta moleste per la contrazione spasmodica della vescica.

5° Tutti i frammenti furono più o meno duri; durissimi però quelli dell'ultimo periodo della cura.

6° Per tre volte ebbe occasione di notare che senza stringere maggiormente la vite dello strumento, i frammenti si ruppero con rumore, dopo qualche minuto; forse per infiltrazione di orina attraverso le fessure dei frammenti medesimi.

7° Le sedute furono cominciate sempre a vescica alquanto piena, onde non irritarla di soverchio.

8° Eccettuato dopo la prima seduta, non praticò mai iniezioni vescicali, perchè moleste ed inutili; invece ordinò sempre al malato di bere molta acqua dopo ogni manovra di litotrizia, facendolo per di più stare alcune ore in posizione supina, onde i frammenti più grossi non scendessero presto a molestare il collo vescicale e perchè avessero prima tempo di smussarsi nel liquido urinoso.

9° Ebbe sempre cura di frantumare per primi i pezzi più piccoli, per non aumentare soverchiamente superfici scabre.

10° Tutte le volte che sorse minaccia di cistite, fu scongiurata con una nuova seduta di litotrizia.

11° I frammenti riuniti del calcolo pesavano più di 40 grammi; e si componevano alcuni di solo acido urico con tracce di urato di soda, altri avevano per di più il fosfato di calce.

Terminata la lettura del Dott. Tempesti, prese la parola il sig. Pratesi per dire al Romei come egli non avesse inteso dire che l'acido azotico avrebbe potuto essere un

ivo caratteristico dell'acido salicilico, m
conto più volentieri del saggio al calore
ido acetico, che dà origine all'acido fen
bile anche all'odore.

A proposito di sofisticazioni del solfato
nda il Dott. Ceccherelli: cosa è stato d
che fu nominata molto tempo indietro
lere provvedimenti in proposito?

E il Presidente è costretto a dichiarare,
one nulla aveva risposto!

Il Dott. Tommasi vorrebbe sapere dal
sicuro che l'analisi chimica dei diversi fr
i fosse stata fatta in modo distinto e se
gli sembrava strano che i frammenti centr
nessero, oltre l'acido urico, anche del fo
suole sempre render meno resistenti le
ntrario non se ne trovasse traccia nei fi
ci, che appunto resisterono meno alla
Il Tempesti risponde essersi anch'esso
ò, ma che d'altronde era sicuro dell'es
si eseguite, e non era in caso di spiegar
l fatto.

Allora il Dott. Ceccherelli si rivolge al
ndargli qual fu il litotritore adoperato
arrato; e il Tempesti rispose di avere us
, un vecchio Charrière, come quello che g
livaricazione delle branche, proporziona
pietra. Successivamente, cioè quando c
a proporzioni più piccole, fece uso di
mo, ma pur resistente a tutta prova,
ze dal Gabbrielli.

Il Ceccherelli per altro insiste colle do
on essere d'accordo col suo interlocutore
l° Perchè il caso in discorso non gli
e la litotrizia.

2° Perchè non gli sembravano sufficienti le ragioni addotte dal Dott. Tempesti per non praticare l'anestesia.

3° Perchè non credeva, come aveva detto il Tempesti, tanto innocuo il caso della rottura dello strumento in vessica.

Ed il Tempesti replica immediatamente: che sapeva benissimo non essere indicata nel suo caso la litotrizia, ma temeva egualmente del taglio, perchè sempre esiziale quando si tratta di pietre voluminose. Egli aveva voluto soltanto rompere la pietra per prepararsi alla cistotomia, perchè allora un taglio, anche piccolo, sarebbe stato sufficiente ad estrarre i frammenti della pietra medesima; e siccome la pietra sarebbe stata rotta in mezzo al liquido orinoso, avrebbe così evitato i danni non lievi che si hanno a lamentare quando la litotrizia si pratica successivamente al taglio perineale, quando cioè il liquido orinoso è scollato fino all'ultima goccia per il taglio medesimo. Ma poichè le prime frantumazioni della pietra riuscirono tanto innocue al malato, egli continuò nella cura intrapresa, tanto più che il malato non intendeva sottoporsi ad operazione cruenta. Quanto poi all'anestesia, sebbene non ad essa contrario in generale, egli non volle adoprarla, perchè del tutto inutile nel caso in discorso. A che scopo, infatti, rendere insensibile un malato che tollerava benissimo le manovre litontrittiche, quando anzi l'averlo sensibile a queste, era una guida sicura alla mano dell'operatore, che poteva così continuare, modificare o sospendere la seduta?

Finalmente, circa il pericolo della rottura dello strumento, so anch'io, dice il Tempesti, che non sarebbe stato una bella cosa, ma prima di praticare il taglio volevo essere sicuro della infrangibilità della pietra, e questo criterio non l'avrei potuto ottenere che provando fino all'ultimo limite la percussione. Se, così facendo, mi si fosse rotto lo strumento, ciò voleva dire che la pietra era proprio infrangibile e che ad ogni modo ero costretto a fare la

cistotomia. Tanto più che ho letto di alcuni casi di rottura dello strumento, nei quali il rostro dello strumento stesso ha potuto essere emesso insieme alle orine, senza bisogno di taglio alcuno. Dunque, non tanta paura; perchè gli stessi costruttori d'istrumenti assicurano, che il litotritore *deve* rompersi *sempre* nel punto d'unione del rostro colla parte rettilinea.

Il Dott. Dainelli domanda: cosa avvenne di quella intumescenza che comparve ad un certo punto della cura?

A dirla schietta, dice il Tempesti, rimanemmo al buio ancora noi; dopo grandi dejezioni alvine, non trovammo più tumore, ma invece un calcolo in vessica, del diametro di circa 22 millimetri, che fino allora non aveva dato segni di esistenza.

Il Prof. Zannetti si meraviglia peraltro che un calcolo così grosso abbia potuto scendere dagli ureteri. Ed il Tempesti risponde di aver supposto che il calcolo stesso fosse oblungo e che quel diametro di 22 millimetri rappresentasse soltanto la lunghezza del nuovo calcolo.

Il Dott. Del Greco chiede allora la parola, prendendo argomento dalla cloroformizzazione. Credo anche io, egli dice, in termine generale, che non si debba praticarla, anche per non dar troppa baldanza all'operatore; ma credo per altro che, indipendentemente dalla sensibilità del malato, si possa avere un criterio dell'aver pizzicato la vessica, dal sentire che lo strumento non può muoversi liberamente. Quanto poi alla rottura dello strumento, crede difficile debba avvenire sempre nel punto indicato dal Tempesti, perchè ricorda d'aver letto un caso narrato dal Sedillot, nel quale lo strumento si ruppe in tal modo, da rendere necessaria la cistotomia sopra-pubica.

Il Tempesti risponde non essere del suo avviso; perchè oltre l'accidente della pizzicatura della vessica, bisogna tener conto della tolleranza del malato alle manovre che si fanno; e quanto alla pizzicatura della vessica, non crede

possa essere fatta palese dalla immobilità dello strumento, perchè la vessica non è un organo fisso, ma stà sospesa sul suo collo, come un fico maturo che si volesse tener ritto sul suo picciolo. Dice finalmente che le rotture estese dello strumento non sono più possibili, perchè queste presuppongono la torsione più che la spezzatura netta, e la prima è difficile che avvenga ora che gli strumenti stessi si fanno molto grossi e di tempera assai cruda.

Il Dott. Del Greco chiude la discussione dicendo sembrargli di esser d'accordo col Tempesti, perchè anche questi ammetteva di doversi fare la cloroformizzazione nei casi d'intolleranza del malato, e conclude che circa alla rottura dello strumento non sarà mai troppa la cautela, perchè anche gli artefici possono sbagliare e nella tempra e nella grossezza necessaria ad evitare i pericoli da essa derivanti.

Nessun'altro prendendo la parola, la seduta pubblica è sciolta alle ore 3 pomeridiane.

V.° *Il Presidente*

Prof. G. PELLIZZARI.

Il Segretario

Dott. T. TOMMASI.

TERZA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 21 MARZO 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti: Baroffio, Roster, Dainelli, Ceccherelli, Stefanelli, Romei, Faralli, Grilli, Grassi, Bertini, Filippi, Simi, Corradi, Stacchini, Pellizzari Celso, Paganucci, Tommasi, il socio onorario Capezzuoli e i soci corrispondenti Tempesti e Lombroso.

o ed approvato, dopo due lievi modifica-

Dottori Ceccherelli e Tempesti, il vertice adunanza, il Segretario dà lettura del voto dal Rettore dell'Università di Pavia al quale perchè prenda parte all'inaugurazione di data al sommo Alessandro Volta; e il Prof. che quando qualcuno dei soci intenda intenero promessa i Dottori Baroffio e Grazioli lieto di poter dar loro il mandato di

parola viene data allora al Prof. Cav. Gi-

intende comunicare all'Accademia di igiene pubblica, cominciando dalle acque di Milano, dopo aver fatto alcune considerazioni sull'importanza dell'argomento, manifesta che la massa enorme di queste impure acque che a Londra raggiungono la cifra di 100 milioni di metri cubi all'anno, acqua tutta che scagliando rende veicoli ben temibili d'infezioni, ha osservato che non basta sbarazzare case e botteghe, raccogliendone il rifiuto nelle fogne e poi nei grandi emissari che le vedono allontanarsi dalla città che le aveva fornite, ma osservato che con tutto questo il focolaio d'infezione è appresso, ma soltanto spostato; si fa allora un cenno agli scienziati, degli industriali e dell'amministrazione dimostrano finalmente: che per trionfare di queste cause potentissime senza togliere all'agricoltura le acque servibili, perchè cariche di tante organiche sostanze, che è l'alimento il più prezioso dei terreni, si dice, era quello della filtrazione dei terreni, perchè così le acque, dopo avervi abbandonate le loro sospese e trasformato le sciolte, servono alle irrigazioni delle piante, e ne escono limpide e

in modo, da potere essere ammesse nei fiumi senza pericolo alcuno.

Fatta questa premessa, l'Autore scende a trattare l'argomento di queste acque, studiandole nel loro volume, temperatura e chimica composizione.

Infatti, dopo aver detto come le acque di fogna risultino dall'accumularsi insieme di tutte le materie domestiche, degli scoli delle latrine e degli orinatoi pubblici, dei liquidi dei macelli e più che mai dei rifiuti di tante industrie e manifatture, scende a fare importanti considerazioni sul volume delle acque di fogna, che è sempre in relazione con la quantità di acque distribuite e con quello di pioggia, senza che l'aumento di esse migliori la composizione delle acque stesse di fogna, perchè se da una parte aumenta l'acqua distribuita, dall'altra aumentano pure le industrie e le manifatture che le rigettano impure. Cita la quantità delle acque di fogna rigettata dalle principali città d'Europa; la nostra Firenze ne fornisce circa 14 milioni di metri cubi all'anno; ed osserva che se ne perde sempre una grandissima parte, per imbibizione nel terreno e per evaporazione.

Sulla temperatura delle acque di fogna, osserva non essere questa sempre in relazione con quella esterna; a Parigi per esempio, con una temperatura esterna di 0° fino a 10°, le acque di fogna si mantengono a + 3° o + 4°; e viceversa con una temperatura esterna di 28°, restò questa a 21°. Risultati analoghi ha ottenuto l'Autore dai suoi esperimenti sulla temperatura delle acque di fogna della nostra Firenze, e lo dimostra con 3 quadri che appunto gli riassumono.

Relativamente alla composizione chimica delle acque stesse, comincia dal dire come vi si trovino dei gas e specialmente dell'ammonio, dell'idrogeno solforato, del gas delle paludi, dell'acido carbonico e dell'azoto, e ne ricorda le relative proporzioni; passa in rivista le varie sostanze

minerali tanto sospese quanto sciolte, costituite time di cloruri, solfati e fosfati alcalini e, qualche anche terrosi.

Si ferma ben più a lungo sopra la natura ganiche sostanze, vegetali ed animali, sospese nelle acque, ne studia la relativa decomponibile putrefazione e fermentazione, in rapporto special grado di temperatura, alla loro abbondanza e al fisico; ne enumera quindi la natura, per quantabile con le attuali cognizioni chimiche in proposclude che gli elementi appartenenti ad esse soste maggiormente possono interessare l'igienista, amono nei seguenti:

1° Il carbonio sotto forma di sostanza orga

2° L'azoto sotto la stessa forma.

3° L'azoto in forma di nitrati o nitriti.

4° L'ammoniaca, in forma di carbonato, dalla decomposizione della materie organiche.

5° Finalmente il cloro, proveniente dalle n ganiche solubili, e in special modo dalle orine.

Terminata la lettura del Prof. Roster, il l concede la parola al socio Dott. Tempesti che è posto di parlare *del metodo misto nella cura a vessicali*.

L'autore dopo aver toccato alcune general lore relativo della litotrizia a confronto della ci sulla necessità di non essere troppo esclusivi dell'una o dell'altra, prende a dire: che la li fa più di rado di quello che si potrebbe, a caus pregiudizi e delle poche attrattive che ha, ess razione che esige molta circospezione e perseve chirurgo, lo espone a censure più facilmente d tomia, e non è brillante come quella. Intanto pe di operare talvolta le pietre grosse, che sono qu

colose a trattarsi, tanto colla litotrizia che con la cistotomia, poichè il volume grande è stato e sarà sempre la causa di frequenti insuccessi. Il Tempesti dimanda: quale può essere la migliore operazione per questa specie di pietre, che non posson curarsi con la litotrizia e che restano affidate ai litotomisti, i quali non son d'accordo sul metodo operatorio più conveniente? Qui, enumerati i vari procedimenti che si raccomandano dagli esperti, dice: che nella diversità dei pareri si crede anch' egli autorizzato a dire il suo, che sottopone al giudizio dei Colleghi, non per mania di fare il novatore, ma per il desiderio di essere utile, persuaso com' è che la sua proposta sarà vantaggiosa.

Accettata la partizione delle pietre in tre classi, piccole mezzane e voluminose, stabilita da Thompson; lasciate da parte le prime due classi come quelle che, generalmente parlando, son devolute, per comune consenso, alla litotrizia, egli si occupa soltanto della terza, mostrando la necessità di suddividerla, perchè troppo grande è lo spazio che intercede dal suo confine colle mezzane all' estremo limite che può talvolta raggiungere un' antica pietra. La suddivide dunque in *grosse*, che hanno il massimo diametro non maggiore di 6 cent.; e *grossissime*, che sono tutte le altre; aggiungendo: che queste delimitazioni di misura sono tutte approssimative ed artificiali, ma utili e necessarie a farsi, sia per lo studio che per la pratica. Ciò posto, dichiara che le pietre grossissime debbono operarsi, senz' altri tentativi, col taglio ipogastrico o rettale, secondo le circostanze, e ne spiega le ragioni. Dunque la incertezza dell' operazione si riduce soltanto alle grosse. Che cosa può farsi di meglio per queste? Dice il Tempesti: la litotrizia è opinione di tutti che non può convenire se non in casi speciali e rari: la litotomia è pericolosa con qualunque metodo, e lo prova il fatto degli sforzi incessanti per inventare nuovi processi (e qui li

cita), che esponcano meno ai pericoli dell'emorragia e degli infiltramenti orinosi. L'autore si diffonde sull'errore di calcolo, che si commetterebbe da chi reputasse innocuo lo estrarre, da una data ferita prostatica, una pietra che abbia per diametro la misura della ferita stessa, seguendo la massima di Velpeau, il quale, parlando del taglio bilaterale, stabilisce: che si può praticare una ferita di 20 linee nella prostata e farvi passare un calcolo di 5 o 6 pollici di circonferenza, senza niente lacerare. Si diffonde pure sull'errore di concetto intorno alla dilatazione e, mentre la consente fino a un certo punto, vorrebbe che fosse moderatissima. Non nega poi che con questo metodo d'incisione e dilatazione si sieno estratti calcoli di gran mole, ma l'esito è stato molto spesso letale e perciò appunto la cistotomia presenta statistiche poco felici.

Questo fatto spinse i chirurghi contemporanei a fare la litotrizia perineale, collo scopo di evitare la soverchia incisione e la soverchia dilatazione. Cita Bouisson, Petrequin, Malagodi e Dolbeau che inalzarono a metodo questo compenso di rompere la pietra dalla ferita già fatta al perineo, compenso usato fino dagli antichi, allorchè il calcolo non poteva passare per l'apertura praticata.

Ma disgraziatamente, dice l'autore, cotesta idea non ha corrisposto in pratica, perchè le manovre per romper la pietra dal taglio perineale sono così difficili e prolungate, da costituire l'operando in pericolo anche maggiore di quello che si voleva scansare. Ciò dipende dal vuotarsi la vessica dopo il taglio e dal suo addossamento sul calcolo. Per la qualcosa, citato quì testualmente il parere di molti pratici, conclude con loro: che la litotrizia per la via artificiale non risponde in pratica al concetto teorico, nè può elevarsi a metodo d'elezione, ma deve rimanere, come fu sempre, un espediente pei casi eccezionali, quando cioè il chirurgo si trovi sorpreso dal volume imprevisto della pietra.

Passando ora al metodo misto da lui raccomandato, opina il Tempesti che debba riuscire meglio del precedente ad ottenere lo stesso intento, giacchè, procedendo all'inverso, se ne evitano gl'inconvenienti. Egli vorrebbe, con una o due sedute, al più, di litotrizia incruenta, rompere la pietra in 3 o 4 pezzi, e questi estrarre dipoi, con piccolo taglio perineale, come se il malato invece d'una pietra di 6 cent., ne tenesse tre o quattro di 2 centimetri. Conviene che il paragone non è esatto, ma non teme molto la differenza; perchè, quantunque i pezzi sieno più scabri delle pietre intere, c'è il compenso d'estrarli tutti in una volta col taglio; e se nella rottura si produce anche un po' di tritume, questo si elimina tosto o poi dalla ferita, come l'esperienza ha mostrato ai litotomisti, quando la pietra si sfarina accidentalmente fra le tanaglie.

A questo punto fa una lunga digressione sulla misurazione della pietra, che è indispensabile prima di risolversi a questo, come a qualunque altro atto operatorio. Deplora che un precetto così notorio venga talora trascurato, e da alcuno non voluto; chè così gli è occorso di veder perire, pel taglio lateralizzato, certi operati di pietra piccola, che potevano salvarsi con la litotrizia o col taglio mediano. Tornando l'autore al metodo misto, dice: che gl'incresce di non presentarlo avvalorato da fatti pratici e dubita perciò che gli si faranno delle obiezioni; le quali vuol prevenire per ridurle al giusto valore.

1° Si può obiettare: che le pietre di questa dimensione saranno afferrate difficilmente e scivoleranno, come nella litotrizia perineale.

2° Il calcolo può essere infrangibile.

3° Si obietta un dilemma. — O la pietra non si può rompere, ed è impossibile il metodo misto — O si rompe, e allora si può seguitare la litotrizia, senza fare due operazioni. Se è impossibile romperla, risponde il Tempesti, si tratta d'un'eccezione, a cui bisogna rassegnarsi. Se

romperla, abbiamo trionfato; il chirurgo è padrone
mpo e ha dinanzi a sè due prospettive. Risparmia
n taglio, giacchè uno piccolo gli basta per estrarre
4 frammenti ottenuti alla 1^a o 2^a seduta. Oppure
condizioni locali e generali del malato lo permet-
come fu nel caso già narrato, prosegue nella lito-

Il Tempesti chiude il suo discorso, facendo osser-
che col metodo misto da lui propugnato per operare
re grosse, si hanno i seguenti vantaggi:

1° Non si perdono alcuni casi, buoni per la litotrizia
nta.

2° Negli altri, si usufruisce la bontà della cistotomia
ia, e si limita la litotrizia a una seduta o due, in-
li 10, 20 o più. « In una parola, egli dice, si pone
itto tutto il buono della litotrizia e tutto il buono
litotomia, schivando ciò che di cattivo o insufficiente
e nell'una e nell'altra, qualora si adoprassero da
n certi casi. »

finisce col dire: che egli adopererebbe la cistotomia
ce, cioè senza precedente litotrizia, nei soli casi che
io:

1° Per le pietre grossissime.

2° Per le pietre d'ogni dimensione, nei fanciulli ma-
ecettuate le piccole e friabili in quelli prossimi alla
à.

3° Per tutti i casi ove la litotrizia fosse assolutamente
ibile, o contro-indicata.

Per facilitare la discussione sulla memoria letta dal
Roster, il Presidente propone che la si debba riman-
ll'adunanza prossima, quando lo stesso Autore avrà
sta comunicato la seconda parte della memoria, ed
ntanto la discussione sulla memoria Tempesti.

Dott. Ceccherelli dice di non voler discutere se il
è buono o no; osserva soltanto che se il Tempesti
peva quali risultati pratici si possono ottenere dal

metodo da esso proposto, non ha che cercare nel *Bulletin de thérapeutique* del 1863, una memoria dell'Alquié, ed in essa troverà descritto il metodo stesso, con più la descrizione di uno speciale fissa-pietra, e la storia di 3 casi nei quali fu adoperato. Lo stesso metodo lo troverà citato nel dizionario del Jaccoud, nel Civiale, e nel Leroy d'Etiolles.

Il Tempesti prova piacere e dispiacere a sentire questa dichiarazione; e si limita soltanto a dire che egli non è stato davvero un plagiatario, perchè la memoria dell'Alquié non era a sua cognizione.

Il Prof. Corradi dice: che non può convenire sul modo indicato dal Tempesti, per istabilire le indicazioni e controindicazioni della cistotomia, perchè crede che a questo scopo non basti la misura della pietra; spesso, anzi, dovendosi operare con la cistotomia una pietra piccola e viceversa.

Ma prendendo per punto di partenza il solo volume del calcolo, dice: che fino a 3 centimetri o 3 e mezzo, può essere operato con la litotrizia; oltre codesta misura, si deve dare la preferenza alla cistotomia perineale, finchè il calcolo stesso non abbia dimensioni colossali, perchè allora deve usarsi il metodo ipogastrico.

Respinge la dichiarazione del Tempesti, che da molti si siano fatte cistotomie senza aver misurato il calcolo; ma al tempo stesso conviene che la misura può esser fatta male, potendo avvenire di prender la pietra sempre sullo stesso diametro; in un caso da esso osservato, aveva ottenuto 5 o 6 cent., mentre dopo il taglio riconobbe che il diametro maggiore era di 9; ciò nonostante il malato guarì in 18 giorni.

Ammesso però che il volume del calcolo sia ben conosciuto, crede che fino a 6 cent. si possa estrarre col taglio perineale, senza bisogno di eseguire avanti una o due sedute di litotrizia, come vorrebbe il Tempesti; e qua-

respinta; ma con essa anche l'altro metodo misto, che è stato usato già da tempo, eccezionalmente, ed anzi è stato criticato; ed aggiunge, che siccome si è sempre riguardato come accidente non lieve della cistotomia la rottura della pietra, nel momento che la si afferra con le tanaglie, egli non accetterà mai un metodo che si propone appunto una tale rottura, prima di praticare il taglio.

Niun'altro prendendo la parola, la seduta pubblica è sciolta alle ore 3 pomeridiane.

V.° *Il Presidente*
Prof. G. PELLIZZARI.

Il Segretario
Dott. T. TOMMASI.

QUARTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 14 APRILE 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti: Zannetti Raffaello, Roster, Stefanelli, Romei, Corso, Ceccherelli, Filippi, Marcacci, Bosi, Grilli, Nesti, Carbonai, Simi, Stacchini, Del Greco, Pellizzari Celso, Tommasi e il socio onorario Capezzuoli.

Approvato l'atto della seduta precedente, ha la parola il Prof. Giorgio Roster, per continuare l'argomento delle acque, e più specialmente per parlare *dei metodi di analisi e dei modi di investigazione per giudicarne la purezza e la salubrità.*

Dopo alcune considerazioni preliminari dirette a dimostrare: che lo studio chimico delle acque, sia di fogna, sia di fiume, fatto allo scopo di giudicare il grado di corruzione delle acque stesse, per quanto lungo e difficile, pure può dare risultati abbastanza esatti, quando non si

in alcun modo d'investigazione, scendendo di questi modi, citando quelli più acce e valutare, non già le singole materie che si nelle acque, ma bensì l'insieme delle acque tutte e dei loro derivati, che è lo stato dal lato igienico, ed insieme quello inverso.

Comincia dal citare i vari processi di analisi, incominciando da quello antico basato sul fatto che il residuo solido di un'acqua subisce una combustione, e che è ormai abbandonato; cita il processo dello Smith che fa uso di un liquido organico organato di potassa, e dice che anche questo corrisponde per diverse ragioni che espone il processo proposto dal Vankhyn, dallo Chapman e dallo stesso, pel quale, col mezzo di trattamento col carbonato di soda, colla potassa caustica, colla potassa organata di potassa, si può ottenere tanta azoto da rappresentare tutta quella esistente allo stato libero, ma di sale ammoniacale, quella dipendente dalla materia organica e delle altre sostanze azotate dell'origine animale riferibile all'azoto delle sostanze organiche, inoltre il processo del Frankland e dell'Atkinson. Sono proposti di determinare il carbonio azotato, col metodo ordinario di analisi delle materie organiche, che l'Autore descrive minutamente i particolari. Passa quindi ai metodi di analisi per la potassa, che si basano specialmente sulla valutazione del residuo che può essere disciolto in un'acqua, e che la proporzione di questo non può essere diminuita per la diminuzione, che in ragione della presenza delle materie organiche, sciolte e sospese, capaci di assorbire l'azoto, anche conto che le acque più cariche di materie organiche, cioè più infette, mentre sono più ricche in azoto azotico, son tanto più povere di

esserne perfino affatto prive. Cita a questo proposito diversi esperimenti eseguiti dal Gérardin, dal Déhéraine e dal Miller sulle acque di diversi fiumi e fa seguire ad essi utili considerazioni, che gli servono di strada a parlare del metodo dello Schutzenberger, che è il più esatto per valutare appunto l'ossigeno nelle acque, e che si fonda sulla proprietà che ha l'idrosolfito di soda di essere avidissimo dell'ossigeno, mentre non ha alcuna azione precipitante sopra le materie contenute nelle acque.

L'A. descrive esattamente tutto il processo, corredandolo di diverse cognizioni chimiche che servono a spiegare l'andamento del processo stesso. Finalmente scende a parlare di quei metodi d'investigazione che si fondano sullo studio delle piante verdi, dei molluschi, delle crittogame e degli infusori, perchè è un fatto ormai dimostrato: che certi animali e certe piante non possono vivere in certe acque e si sa anche che un'acqua può dirsi pura quando vi possono vivere animali e vegetali provvisti di una organizzazione superiore e che è invece malsana quando non è capace di nutrire che crittogame ed infusori. Sarebbe troppo lungo il riferire tutti gli studi citati dallo Autore e specialmente tutte le piante e tutti gli animali che per la loro presenza e assenza possono far giudicare della purezza o insalubrità di un'acqua. Sarà invece utile riportare le conclusioni dell'A. stesso, il quale crede che i mezzi da porsi in opera, con speranza di risultato, per giudicare il grado di purezza di un'acqua, possono ridursi ai seguenti:

- 1° Valutazione del carbonio organico.
- 2° Valutazione dell'azoto organico.
- 3° Valutazione dell'azoto dei nitrati e nitriti.
- 4° Valutazione dell'azoto totale in combinazione.
- 5° Valutazione dell'ammoniaca.
- 6° Valutazione del cloro.
- 7° Valutazione dell'ossigeno disciolto nell'acqua.

delle piante v

elle alghe e degli
el Prof. Roster, i
el Dott. Domenic
identità della di
studiato ed anali
rvati in diverse
oll' aiuto dell' ana
segni che nelle c
vare; dopo aver
oprie, nelle qual
ieme; dopo aver
si riferisce all'
atica di queste d
i devesi neppure
ue malattie sier
punto ragionevo
lotti difterici per
scarlattinoso per
certamente noi
i che quando l' ic
manifesta, cosa

arola sulle due r
quella del Dott.
re che quest' ultim
il risultato delle
demia ebbero luc
che non avrebbe
portanti del lavor
a alle ore 2 pom

Il Segn
Dott. T. 7

QUINTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 28 APRILE 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti i soci: Zannetti Raffaello, Grilli, Romei, Bosi, Dainelli, Filippi, Ceccherelli, Tafani, Faralli, Stacchini, Simi, Celoni, Turchini, Brigidi, Vecchietti, Marcacci, Bertini e Tommasi.

Ha per primo la parola il socio Dott. Pietro Grilli, per leggere una sua memoria *sulla nomenclatura delle circonvoluzioni cerebrali*.

L'Autore, dopo avere brevemente accennato, con citazioni storiche, come fino da epoca remota sia stata intraveduta ed anche in parte giustamente apprezzata, l'importanza funzionale delle circonvoluzioni cerebrali, fa notare che nessuno, fino a tempi recenti, pensò mai a studiarle e molto meno a descriverne la topografia; e ciò egli attribuisce alle erronee convinzioni che gli antichi avevano intorno al modo di sviluppo di quelle ripiegature.

Per dimostrare il suo asserto, il Grilli presenta vari e d'altronde pregievolissimi atlanti di anatomia, ove chiaramente si vede che le circonvoluzioni non sono copiate dal vero, ma disegnate a capriccio; cita poi alcuni autori i quali dal vedere più o meno addossate fra loro le circonvoluzioni, le giudicavano ora aumentate ed ora diminuite di numero. Ed aggiunge come lo stesso Rolando, il quale nel 1829, messo forse un poco sulla buona via dal Vicq d'Azyr, riuscì dopo molte ricerche a stabilire la direzione e posizione costante delle circonvoluzioni, un solo anno prima era sempre nell'errore ed aveva scritto che le circonvoluzioni variano moltissimo riguardo a numero, a volume ed a forma.

È al Rolando che il Grilli attribuisce della tipica regolarità delle circonvoluzioni, e come di questa scoperta nessuno o tutt'al più fecero conto fino al 1844, epoca in cui il Fedor dopo il Gratiolet ripresero quello studio e lo

Da quest'epoca in poi, nessuno più dubitare e costante giacitura delle circonvoluzioni sentiamo maggiormente il bisogno di averne e precisa descrizione, accompagnata da una nomenclatura.

A questo bisogno, in Italia, fino ad oggi, Rolando, soltanto il Lussana ha pensato, ma recentemente, giacchè nè la nomenclatura del Rolando del Lussana, si vedono adottate. Di descrizioni e nomenclature estere invece ve ne sono molte; nessuna è stata generalmente accettata; e qui estende nel dimostrare, con tavole di varii autori quanto le diverse nomenclature sieno fra loro in modo da generare grandissima confusione.

L'A. espone poi come la Società freniatria di Aversa, si occupasse dell'argomento e come restasse stabilito:

1° che il lobo frontale dovesse avere per anteriore il solco del Rolando, e che alle due curve che limitano questo solco, dovessero dare il frontale ascendente e il parietale ascendente

2° che si dovesse rinunciare al sistema di numerare le circonvoluzioni di uno stesso lobo più opportuno l'indicarle secondo la loro posizione grafica, con le qualifiche di superiore, inferiore, esterna ec. ec.

3° che la scissura del Silvio non è limitata dalle circonvoluzioni, stando in fatto che il suo limite è formato dagli estremi inferiori ed esterni delle circonvoluzioni.

Avverte poi come ad Aversa mancasse il tempo per completare questo studio; e quindi, ritenendo che l'unico modo per vedere una classazione o nomenclatura accettata dalla generalità, sia quello di farla partire da un corpo scientifico, propone: che l'Accademia nostra prenda atto di ciò che intorno alla nomenclatura delle circonvoluzioni cerebrali fu deliberato nel Congresso di Aversa, e poi completi, nel modo che giudicherà migliore, questo studio, per pubblicarlo illustrato da apposite tavole.

Terminata la comunicazione del Grilli, ha la parola il Dott. Vincenzo Brigidi, per discorrere delle *alterazioni del simpatico, in un caso di anemia perniciosa*.

Il Dott. Brigidi dice: che se si prendono in esame i casi di anemia perniciosa progressiva che fino a oggi sono stati descritti, non si può fare a meno di rimanere sorpresi della varietà delle alterazioni morbose in essi trovate, alla sezione del corpo. Dopo avere ricordati alcuni esempi in conferma del suo asserto, si domanda: se sia ben fatto considerare tale malattia come una specie nuova o se invece non sarebbe meglio di tenerla in quel conto medesimo che i patologi tengono la epilessia.

Si dichiara favorevole per questo ultimo concetto, ed in appoggio cita il fatto riferito dal prof. Fede di Napoli e l'altro del Prof. Morelli; nel primo l'anemia era dipendente da gravi ed estese alterazioni dello scheletro, mentre nel secondo riconosceva per cagione la presenza degli anchilostomi negli intestini.

Ritenuto che l'anemia perniciosa sia un effetto di condizioni organiche svariate per natura e sede, il Brigidi domanda se fra queste debba riporsi un'alterazione del simpatico addominale. A tale proposito, prima, ricorda un caso riferito da Addisson in cui i gangli celiaci furono trovati degenerati in grasso e poi passa ad esporre il fatto seguente: Certa Casavecchi Luisa, di anni 53, vedova, domestica, nel mese di novembre 1875 si ammalò di una

cui s'ignora la spesa tinta bianco sporco. Il 18, incominciò a provare che andò aumentando il colorito denziato. L'indebolimento fu costretto a larghi fenomeni gastrici, il vomito, e non potè lo spedale. Affidata a cura meglio che fu per molti fenomeni chiari a qualche viscere. Il colorito paglierino, la debolezza delle forze nei fenomeni gastrici e lo alla palpazione e alla all'epigastrio, fu notato. Venuta a moribonda, venne ordinata

guita 24 ore dopo la ne sviluppato e la cute. I muscoli volontari e testa non venne aperta. Aveva richiesto il cadavere che nessun disordine si sceler. Nei visceri dell' si trovata alcuna importanza. L'anemia della quale si di abbandonare il iaci e furono trovati al microscopio di quest fecce vedere una sta specialmente in cor.

cellule gangliari, le quali, in parte non piccola, erano sostituite dalla neoformazione. Posti questi medesimi gangli ad indurire nell'alcool ed esaminatili dipoi più accuratamente, si notò una proliferazione degli endoteli delle capsule che racchiudono le cellule nervose: i giovani elementi comprimevano queste cellule, le quali, dopo essere giunte ad un grado estremo di atrofia, si decomponivano in granuli molecolari che apparivano dispersi fra i nuclei neoformati. Un'analogha alterazione fu notata nelle altre parti del ganglio ed in particolar modo fra le fibre nervose, le quali, in numero piuttosto ragguardevole, avevan soggiaciuto alla degenerazione grassa.

Narrato il caso, il Brigidi dice: di non ignorare che può essergli fatta una forte obiezione: quella, cioè, di aver dato per anemia perniciosa un fatto che è stato studiato incompletamente, tanto dal lato clinico, quanto dal lato anatomico. Però soggiunge: che, a meno non si voglia troppo sottilizzare, sarà facile di riconoscere nella storia da esso narrata, la fisionomia clinica dell'anemia perniciosa. Ma qualora non si creda di dovere ritenere per tale la malattia che afflisce la Casavecchi, sarà sempre questo un bell'esempio di anemia, legata a lesione del simpatico, e perciò appunto importante dal lato specialmente clinico, per vedere se è possibile di determinare una simile condizione morbosa al letto del malato. E questo, secondo il Brigidi, non sarebbe la prima volta che l'anatomia patologica va avanti alla clinica; la storia della tise e quella delle affezioni renali ne sono un esempio luminoso.

In quanto a dare la spiegazione dell'anemia, per una lesione del simpatico, al Brigidi non sembra che sia cosa facile. Si sa, egli dice, che i gangli celiaci presiedono al regolare andamento del circolo addominale. In conseguenza, una alterazione di questi gangli deve apportare un disordine nel circolo, specialmente del tubo gastroenterico, e perciò, la digestione, la chimificazione e l'assor-

chini, e dall'insieme dei dati raccolti, si decida sul limite di ogni circonvoluzione e se ne stabilisca poi il nome.

Il Presidente, dovendo mettere a partito la proposta Grilli, prega questi a formularla in modo esatto; il Grilli perciò la stabilisce in questi termini: Egli propone:

1° Che la Società prenda atto di ciò che intorno alla nomenclatura delle circonvoluzioni cerebrali fu deliberato al Congresses di Aversa.

2° Che voglia completare, nel modo che giudicherà migliore, quello studio, per pubblicarlo illustrato da apposite tavole.

Il Filippi insiste che questo studio venga fatto dal Grilli.

Allora il Presidente mette meglio in chiaro la questione insorta, dicendo sembrargli: che la difficoltà non stia nel dare un nome alle circonvoluzioni; ma bensì nello assegnare loro i limiti; cosa che non è stata fatta finora; e siccome per far ciò occorre avere a disposizione molti mezzi di studio e molti cadaveri, così il Grilli si è rivolto all'Accademia, perchè in questa si nomini qualcuno che lo aiuti in tale difficile studio.

A queste dichiarazioni si arrende ben tosto il Filippi, perchè credeva che si trattasse della sola nomenclatura.

Dopo qualche altra replica e controreplica del Grilli, e dopo poche parole del Brigidi che vorrebbe non si mettesse fuori una nuova nomenclatura, ma si prendesse in esame una di quelle migliori già in uso, la proposta del Grilli viene approvata per alzata di mano.

Viene incaricato allora il Presidente di nominare la Commissione che si deve occupare di questo studio, e vengono pregati a farne parte il Dott. Grilli, Brigidi, Stacchini e Filippi, che dichiarano tosto di accettare.

Sulla memoria del Dott. Brigidi, il Presidente prende la parola per domandare all'Autore, qual valore dia allo anchilostoma duodenale nel caso narrato dell'anemia perniciosa.

animale che ha le uova piccolissime e che può vivere, dopo tolto dalla membrana testacea, a lungo, sotto il campo del microscopio, senza risentire alcun danno. Perciò egli crede che le conclusioni che essi ne hanno potuto trarre, siano molto soddisfacenti, non fosse altro perchè i loro studii sono stati eseguiti sempre sopra elementi fisiologicamente viventi.

Le conclusioni che l'Autore trae, riguardo al periodo preparatorio dello sviluppo del cyprinus, sono:

1° Che le uova studiate dal primo presentarsi nello ovaio fino a che non sono espulse e fecondate, si possono distinguere in tre gruppi.

2° Che al primo gruppo si devono ascrivere le uova più piccole, contenenti una parete cellulare, un protoplasma, un nucleo ed un nucleolo.

3° Che al secondo gruppo si devono ascrivere quelle uova in cui è scomparsa la vescicola germinativa, in cui rimane però sempre qualche straccio di essa, sparso più qua e più là, ed in cui cominciano ad essere abbondanti le gocce vitelliniche.

4° Che il rapporto fra la cellula ed il suo nucleo non è costante, studiato nei varii periodi: la vescicola germinativa, ad esempio, che nelle uova più piccole non misura un terzo del loro diametro, nelle più grandi arriva a misurare i tre quinti.

5° Che la vescicola germinativa, quando ha raggiunti i tre quinti circa del diametro dell'uovo in cui è contenuta, si rompe.

6° Che nelle gocce vitelliniche delle uova del secondo gruppo, si trovano dei corpi grassi che cristallizzano, in seguito al raffreddamento.

7° Che le uova del secondo gruppo si mostrano opache e di colore giallo-arancione, a motivo della grande quantità di corpi grassi che contengono.

8° Che le uova di questo gruppo, trattate con una

frutto di oltre dieci anni di studio, nel qual periodo si è potuto assicurare della perfetta integrità delle glandule renali. Lo studio del fatto proprio ha condotto l'Autore alle osservazioni seguenti:

1° Costante assenza dell'albumina nelle orine della notte.

2° Rarissima assenza dell'albumina nelle orine del giorno: se mancò, fu soltanto nelle ore diurne più lontane dai pasti. Così gli avvenne di non trovarla un' giorno alle 2 pom., malgrado il moto fatto nella mattinata, ma in istato di digiuno.

3° Ad eccezione di questa ultima volta, ricomparsa dell'albumina agitando e rotando le braccia per dieci o quindici minuti, in modo da far salire le pulsazioni delle radiali dalle 70 circa sopra a 115.

4° Nella posizione orizzontale, anche se mantenuta durante il giorno, assenza d'albumina, anche malgrado una copiosa ingestione di sostanze albuminoidi; condizione, questa ultima, che nella posizione verticale fa abbondantissima la separazione dell'albumina.

5° Mancanza assoluta e sempre di cilindri d'ogni qualità e composizione, di pus, sangue ed epitelio dei canalicoli.

Gli altri fatti riferiti dal Dott. Marcacci, appartengono al Prof. Leute, di Erlangen, che su questo argomento scriveva, non ha guari, un lavoro negli Archivi di Virchow. Il Leute praticava le sue ricerche sui soldati della guarnigione di quella città, esaminati prima accuratamente per escludere la blenorragia o qualche lesione cardiaca. Qui, il Marcacci riporta il metodo del quale si è servito nelle sue analisi il Prof. Leute, per la ricerca dell'albumina; riporta infine le conclusioni che son le seguenti:

L'orina del mattino, su 154 diverse osservazioni, dette 6 risultati positivi. Sopra 148 osservazioni, fatte dopo mezzogiorno, si ebbero invece 18 risultati positivi.

Calcolata la frequenza su 100, in questi risultati riassunti nel modo seguente:

1° L'orina del mattino fu trovata albuminosa su 119, che è quanto dire 4,2 per cento.

2° Quella del mezzogiorno era albuminosa sopra 119, ossia 16 per cento.

3° L'orina del mattino e del mezzogiorno albuminosa in 5 soldati su 119, cioè in 4,2 per cento.

L'analisi quantitativa, praticata in due urine fornite di albumina, dette per la quantità di albumina pari a 38 millig. per grammo e a 37 nell'altro.

Questi fatti, concludeva il Dott. Marcacci, servono a confermare la previsione teorica di una forma fisiologica di albuminuria che la scienza possieda, quale frutto delle ricerche intraprese per risolvere tale problema.

Dopo il Dott. Marcacci, ha la parola il Dott. Bercher, che legge una memoria sul *protossido d'azoto, come anestetico, in odontoiatria*. Egli ricorda la discussione sorta intorno a questo gas sul tema degli anestetici e specialmente del loro uso in odontoiatria. Passa quindi a tracciare la storia di questo gas, che fu il primo anestetico volatile. La sua azione fu ritenuta fino da prima pericolosa, e porta l'opinione di molti scienziati.

Si parla della sua applicazione all'anestesia, della sua estrazione dei denti e della sua azione sulla motilità gastrica, inducendo un leggiero vomito. Numerosi i diversi casi di morte, avvenuti durante l'uso di tal gas, e i danni che possono derivare da esso, quando non è seguita da esito felice. Parla il Dott. Bercher. Su tale argomento.

dei fatti propri, dai quali risulta come egli ebbe a deplo- rare delle fortissime convulsioni.

Prese poi a fare un confronto fra il cloroformio e il protossido d'azoto; si dichiara completamente partigiano del primo, perchè più sicuro, di azione più prolungata, con minori inconvenienti, di più facile applicazione e di minor costo.

Conclude dicendo: che fino al momento in cui l'odontoiatria non sarà fatta segno di studi molto più severi e profondi, di quel che non sia oggi, egli spera che i medici vorranno consigliare i loro clienti a tollerare piuttosto il dolore istantaneo di una estrazione di un dente, piuttostochè andare incontro ai pericoli di tale anestetico.

Terminate così le letture e nessuno prendendo la parola sulla comunicazione del Dott. Tafani, si apre la discussione sulla memoria del Dott. Marcacci.

TOMMASI. Riferisce come nelle molte analisi fatte nel Laboratorio di Chimica Patologica della scuola, una sola volta è avvenuto di trovare albumina nelle orine di un soggetto, nel quale ciò si poteva ritenere come un fatto che non tenesse rapporto con malattia renale, nè con una affezione dell'apparato circolatorio. Si trattava del custode del Gabinetto, il quale, dopo i pasti, presentava l'albumina nelle orine.

CORSO. Accenna come da lungo tempo si è parlato di questa albuminuria fisiologica, ma che l'albumina esiste in piccola quantità ed aumenta soltanto quando l'individuo, soggetto di studio, viene sottoposto ad un uso moderato di albumina. Secondo il suo modo di vedere, perchè si possa presentare un caso di albuminuria fisiologica, bisogna che l'albumina venga trovata in proporzioni ragguardevoli. A questo proposito, rammenta come un tempo si credesse tenere ad uroemia la presenza dell'urea nel sudore, mentre questo materiale si ha anche allo stato fisiologico.

CECCHERELLI. Domanda al Dott. Campani, se ha ottenuto anestesia completa col protossido d'azoto.

CAMPANI. Dice che ha già accennato nel suo scritto come: un inconveniente del protossido d'azoto, sia quello di non dare anestesia completa.

CORSO. Secondo quel che ha veduto, può assicurare che si raggiunge un' anestesia completa, ma che dura pochissimo.

CECCHERELLI. Ricorda di averlo veduto usare molto spesso dal Prof. Thompson e che questi gli dava la preferenza, perchè l'anestesia si produceva rapidamente.

Nessun altro prendendo la parola, la seduta è sciolta.

V° *Il Presidente*

Prof. G. PELLIZZARI.

Il V. Segretario

Dott. C. PELLIZZARI.

SETTIMA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 26 MAGGIO 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti i socii: sigg. Zannetti Raffaello, Baroffio, Pellizzari Celso, Tafani, Pegna Enrico, Romei, Dainelli, Targioni, Faralli, Marcacci, Ceccherelli, Bosi, Nesti, Eccher, Celoni, Tommasi e il socio corrispondente Diomedè Buonamici.

Letto ed approvato l'atto della seduta precedente, ha per primo la parola il Dott. Baroffio, per parlare della gelsomina e della pilocarpina, alcaloidi che si vorrebbero sostituire all'atropina ed all' eserina nella pratica oculistica.

L'A. dopo aver detto come si preparino, e quali ne siano i caratteri fisici e chimici, dice di averli esperimen-

n l'atropina e l'eserina
altro, il cloridrato chim
to dal Merck, di Darm
imenti di confronto potè
produce effetti di midr
sua instillazione nell'occ
lopo 2 ore; e dopo 6 o
ilatazione massima non
metro, e non paralizza
comodativa dell'occhio.

a, poi, produce effetti mi
lenti a sorgere e pron
on produce quello spas
l ganglio ciliare, come
itore: che i due alcaloi
lle speciali indicazioni t
riatici e miotici non potr
e l'eserina.

ite, il Dott. Enrico Pegn
*zioni dell'acido salicilic
di chinino.*

oni proposte dall'Autore
mi di solfato di chinin
diluto e vi si affonde qu
tassa: se il solfato è pu
; se contiene acido sal
scuro.

mi di solfato sono sciol
olforico, in un tubo da s
sido di manganese in p
nza della luce. Dopo u
a acido salicilico, viene
, secondo la quantità d
rammi di solfato, sciol
iungono due pezzetti di

ed il miscuglio vien lasciato a sè stesso per 24 ore. Si tratta allora con alcool assoluto, che precipita il solfato di zinco; si evapora il liquido in una capsula, con una piccola lamina di zinco, metallico. Se vi è acido salicilico, presso la lamina di zinco vedesi comparire una colorazione rossa, dovuta alla salicina o alla saligenina.

Alla consueta soluzione di solfato, aggiunge 15 c. c. di alcool; versa il tutto in una capsula, con due o tre pezzetti di lamina di zinco ed espone a lieve calore. Lo idrogeno che si svolge converte in parte l'acido salicilico in aldeide salicilico, riconoscibile all'odore caratteristico.

Queste, le reazioni che l'Autore propone e che non manca d'illustrare con diverse considerazioni, che valgono a meglio spiegarle.

Ha quindi la parola il Dott. Celso Pellizzari, per parlare del *Tayuya* come *antisifilitico*.

Dopo diverse considerazioni sullo scopo che si è proposto nel trattare questo argomento ed altre sopra la cura mercuriale della sifilide, l'Autore si propone questi tre quesiti:

1° Il Tayuya è capace di sedare i dolori gravissimi, atroci, che sogliono precedere o accompagnare le forme secondarie, oppure essere un'espressione di forme tardive sifilitiche?

2° Il Tayuya ha potenza vera di fare sparire le forme che talora costituiscono un semplice *tormento morale* (cioè che non è indifferente), talora una molestia grave, pertinace fino a un grado di spasimo, talora un pericolo di guasti irrimediabili?

3° Il Tayuya preserva dalle recidive?

Per rispondere in modo plausibile a questi quesiti, l'Autore riporta per esteso 9 osservazioni di malati, che ebbe occasione di assistere e curare nella clinica sifilitica diretta dal suo zio, il Prof. Pietro Pellizzari, e ne trae le seguenti conclusioni:

usasse anche per cinque mesi; in un solo caso di lupus, dopo 20 giorni circa di cura esterna e interna, si ebbe qualche risultato benefico.

Il Dott. Zannetti dice: di averlo sperimentato insieme al Dott. Lecchini, durante il 1876, nel nostro Siflicomio; e in cinque casi di siflide, nei quali fu adoperato, tanto per uso interno, quanto per uso esterno, sulle forme locali non potè ottenere alcun vantaggio. In un solo caso, nel quale era stata incominciata la cura mercuriale e si era ottenuto perfino la salivazione, fu usato con qualche successo il Tayuya. Soggiunge poi: che il Dott. Faraoni cita come casi di siflide, guariti col Tayuya, due casi del Dottor Gamba, che invece si riferivano a scrofulide e dice che in altri tre casi, ma di vera siflide, il Gamba stesso non ottenne alcun risultato, sebbene in uno fossero state fatte di nascosto anche delle frizioni mercuriali.

Terminate queste osservazioni sulla memoria letta dal Dott. Pellizzari, il Presidente concede la parola al Professore Alberto Eccher, che desiderava fare una breve comunicazione, sebbene non all'ordine del giorno, sulle forze elettromotrici sviluppate dalle soluzioni saline, a diversi gradi di concentrazione, coi metalli che ne costituiscono la base.

Ancora nel laboratorio del compianto Prof. Magnus, eseguiva l'Autore la determinazione di alcune delle forze elettromotrici. Nel 1875, parendogli che i fenomeni da lui osservati si prestassero ad una interpretazione più larga, invitato dal Ministero a presentare i suoi titoli per una promozione, stese una memoria sulle cose da lui osservate, che fu aggiunta manoscritta.

Era sua intenzione di determinare le forze elettromotrici osservate, ed estenderle a maggior numero di casi; ma per diversi motivi non si occupò più di detta memoria. Ora, in occasione del concorso a due Cattedre Universitarie, stretto nuovamente dal tempo, pubblicò la memoria già presentata manoscritta nel 1875.

e la stampa di quest
rof. Möser, inserita i
anno corrente, mem
'una pubblicazione, f
emia delle scienze d
so, il Prof. Möser os
ngo tempo studiati
cordo che: ogni qual
oncentrate d'uno stes
etallo che forma la
re dalla soluzione
trata.

er esteso l'opinione d
e, siccome l'elettrodo
ricoprendosi di metal
li quello immerso ne
ssa sostenere in m
ne chimica. È vero ch
zioni diversamente c
loro, si potrebbe con
effetto di detta corr
elle sue esperienze, h
le soluzioni, diversam
platino o di altro me
ente, mentre se fosse
diversità di soluzioni
p. es., del solfato di z
ma deviazione di que
, che realmente la c
lle soluzioni diversam
o all'intensità delle f
ordo col Möser nel t
ggiungere il valore d
i, trova che le forze
(Spammgsreche). L'A

trovato in più: che crescendo il rapporto di diluzione fra le due soluzioni in progressione geometrica, le forze elettromotrici aumenterebbero in ragione aritmetica. Ma non insiste su questo fatto. Le forze elettromotrici furono, come è già stato indicato, da lui misurate con un metodo, forse non il più adatto, e fin da quando faceva la sua pratica nel laboratorio del compianto Prof. Magnus.

Il Prof. Möser, finalmente, non ha mai osservato l'inversione di corrente che ha luogo qualche volta quando una delle soluzioni è diluitissima, o vi si sostituisca l'acqua, e nemmeno come, in certi casi, la diluzione artificiale, a mezzo dell'acqua, dia una corrente inversa a quella che s'ottiene, se la soluzione varia di densità pel passaggio della corrente elettrica. L'Autore stesso, pel momento, si astiene dal dare una spiegazione del fenomeno, che forse potrebbe avere una certa importanza, per decidere a che cosa sia dovuta la corrente di reazione ch'egli assomiglierebbe alla corrente di polarizzazione. In ogni modo, è omai un fatto acquisito alla scienza, che la corrente che decompone un elettrolite genera un'altra corrente, la quale tende a ristabilire l'uniformità di concentrazione modificata dal passaggio della corrente principale.

V^o *Il Presidente*
Prof. G. PELLIZZARI.

Il Segretario
Dott. T. TOMMASI.

qualunque malattia febbrile senza modificarne minimamente il decorso e deplora, in ossequio alla scienza e alla umanità, l'abuso che si è fatto di questa eruzione, riguardandola come una malattia ex se e disconoscendo o tenendo in conto secondario la malattia primaria, cui consociavasi la miliare.

Parla infine della cura in genere della poliartrite reumatica, raccomandando, dietro le proposte del Prof. Senator, l'uso generoso degli alcalini, l'applicazione del freddo sulle articolazioni affette, i bagni freddi o le affusioni fredde unitamente al chinino ad alte dosi o la digitale nei casi di iperpiressia, non che il cloralio e la morfina od ambedue insieme contro l'insonnio.

Il Segretario delle corrispondenze, Dott. Raffaello Zannetti, prende la parola per presentare alla Società, a nome del Dott. Adolfo Tarchiani, medico-chirurgo a S. Croce sull'Arno, una mascella inferiore necrosata per esalazione fosforica. Il Dott. Zannetti narra in proposito le seguenti particolarità:

La mascella apparteneva ad una giovine fiammiferaia, di nome Maria Puccini, che fino dal 1876 cominciò a provare un oscillamento ed un allungamento tale dei denti, da costringerla a farsegli estrarre. Il 10 marzo 1877 venne inviata a questo R. Arcispedale ed accolta nel turno del Prof. Paoli. Non gli furono apprestate cure speciali; ma un anno dopo, essendo ormai da molti mesi tornata a casa sua, il Dott. Tarchiani praticò, in più sedute, la sinfisotomia mentoniera; e nei giorni 3 e 11 dell'aprile, estirpò per dissezione la parte destra e sinistra della mascella. La donna è guarita senza presentare deformità apprezzabile, come lo mostra la fotografia che il Dott. Zannetti presentò alla Società, insieme alla mascella estirpata.

Vº Il Presidente

Prof. G. PELLIZZARI.

Il Segretario

Dott. T. TOMMASI.

NONA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 14 LUGLIO 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI

Sono presenti i signori: Faralli, Simi, masi, Ceccherelli, Paoli, Stacchini, Tafar Celoni e Marcacci.

Ha la parola il Dott. Simi per leggere sulla enucleazione del globo oculare per oftalmia simpatica, memoria che, come egli è stinata a richiamare l'attenzione di tutti i fatti clinici che i medici oculisti hanno osservati e studiati convenientemente. Trattasi appunto della enucleazione di un occhio ammalato della funzione, quando è capace di dar luogo per azione riflessa, sull'occhio opposto. E quando è capace di dar luogo e non quando ha dato in quest'ultimo caso può darsi benissimo che sia inutile e tal fiata eziandio pernicioso. E per le forme di oftalmia riflessa che dicono *placida*.

Ma se in questi casi è necessario praticare l'operazione preventivamente, possiamo noi prevedere e correggersi del loro sviluppo? È appunto per ciò che risponde negativamente a questa domanda: che in pratica non si possono fare distinzioni tra l'occhio capace di dar luogo ad oftalmia simpatica e l'occhio che non lo dà, e che se l'occhio è capace di essere enucleato anche se l'altro conserva la sua integrità, anzi perchè la conserva. Tale opinione non può essere una legge chirurgica. Ma poi naturalmente si deve osservare che nella legge non possono comparsi casi, e nota, a mo' d'eccezione, i seguenti titoli di controindicazione alla operazione e

1° Quando l'occhio ammalato conserva sempre una certa quantità di visione e l'altro è in stato di perfetta salute.

2° Quando un moncone non è doloroso, nè spontaneamente nè sotto la pressione.

N. B. Se in tal caso fosse chiesta l'operazione dallo ammalato, si deve scegliere un momento nel quale l'altro occhio non dimostri rispondere alla provocazione.

3° Quando l'occhio non abbia attualità di processo flogistico, che fu dominato dalla terapeutica, deve essere rispettato se vede ancora qualche poco e anche se lo potrà mercè un'operazione chirurgica.

Successivamente ha la parola il Dott. Guido Banti, il quale legge una memoria *sopra alcuni fatti importanti in un Fibroma infiammato*.

Dopo alcune notizie cliniche, espone il risultato dell'esame istologico del tumore, per il quale viene dimostrato:

1° l'aumento di volume delle cellule piane di connettivo, in seguito a rigonfiamento torbido;

2° la loro divisione in cellule più piccole;

3° la formazione, a spese di queste cellule, di un tessuto di granulazione;

4° l'esistenza in questo tessuto di elementi morfologici diversi, alcuni dei quali simili ai globuli bianchi del sangue, altri alle cellule endotelioidi;

5° l'esistenza di una serie continua di elementi sempre più voluminosi, fino a divenire giganteschi, costituiti da ammassi di protoplasma includenti nel loro interno un numero variabile di nuclei identici a quelli delle cellule endotelioidi;

6° l'esistenza infine di altre cellule giganti, sprovviste di nuclei, ma fornite di numerosi nucleoli (1).

Il Dott. Banti prende a studiare uno ad uno tali fatti nelle loro particolarità e termina col concludere che:

(1) Tali particolarità di struttura vengono dimostrate anche per mezzo di preparazioni microscopiche.

quando un oculista si trova di fronte alla panoftalmia, che ha fatto perdere all'occhio ogni funzione visiva, si potrebbero abbreviare le sofferenze del malato, enucleando subito l'occhio, anche prima che il processo infiammatorio fosse cessato.

Il Prof. Paoli replica: che egli ammette ciò in tesi generale, perchè è convinto che l'oftalmia simpatica può sorgere anche dopo un tempo lunghissimo, anche cioè dopo 20 anni.

Sulla memoria letta dal Dott. Banti, dice il Dottor Tafani: che il lavoro è molto raccomandabile, tanto più che ha posto molto bene la questione sulla genesi delle cellule gigantesche. Anch'egli, infatti, crede, che le si debbono distinguere in vere e false; le prime dipendenti e derivanti dal connettivo; le seconde facili a trovarsi nel tubercolo, nelle infiammazioni delle ossa, delle glandole, nei tumori della pelle, nei quali casi tutti non rappresentano che trombi delle pareti vasali.

Dopo alcune parole di ringraziamento del Dott. Banti, la seduta è sciolta alle ore 2 pomeridiane.

V. Il *Presidente*

Prof. G. PELLIZZARI.

Il Segretario

Dott. T. TOMMASI.

DECIMA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 11 AGOSTO 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti: il Segretario degli Atti e quello delle Corrispondenze, e i soci conservatori: Grilli, Paoli, Simi, Stacchini, Tafani, Marcacci, Romei, Del Greco e Romiti.

Letto e approvato il rapporto della precedente adu-

esentati i doni pervenuti alla Società
na lettera del Vice-Presidente, Cav.

Baroffio, colla quale domanda di
oci corrispondenti nazionali, trasferi
orino. Il Presidente propone: che i
zzi nell'elenco dei soci corrisponden
glielmo Romiti, che domanda di rier
e. Questa proposta, non incontrar
approvata.

io la parola è data al Segretario
mmasi, il quale intrattiene la Socie
metrico dell'Yvon, in confronto col n
la valutazione dell'urea, completan
ne che aveva altre volte fatta inn
mentre in quella condannava con
i volumetrici, fondati su principii d
ossa farsi un'eccezione a favore di
chè modificato alquanto in alcune
rò, sempre in fatto: che il metodo
è quello delle pesate, e che a quell
nto ricorrere, quando sia necessar
li e solleciti. Ora, avendo egli avut
pratica questo processo, per sodisfa
el Prof. Burresi, passa a descrive
'Yvon, che si raccomanda per la
indica il metodo di usarlo, quale
esimo. Dopo ciò, passa a dire come
no nell'usare di questo processo, gi
delle soluzioni titolate di urea, e s
l'Yvon e il suo modo di corregg
ogni litro delle sue soluzioni dovev
,80 di urea, mentre le sue soluzio
che due. Pensò allora di ricorrere
reazione proposto dall'Yvon, seguen
semplice di quella proposta dall'Y

attenendosi cioè a quella del Ganot per la correzione dei volumi gassosi. Così fece più di 100 valutazioni di urea nelle tante urine venute nel laboratorio dalle cliniche e dai turni degli spedali, e limitandosi a dar conto di quelle nelle quali aveva usato a un tempo il metodo delle pesate, li presentava alla Società in 2 prospetti, che riassumevano questi risultati comparativi.

Da questi due prospetti risultava: che il metodo dell'Yvon, contrariamente a quello che si suole avere cogli altri metodi volumetrici, gli dava quasi sempre una cifra inferiore a quella ottenuta colla bilancia; infatti su 40 analisi non si avevano che 5 eccezioni, quattro delle quali si riferivano a urine diabetiche, e le attribuiva più a circostanze speciali che a colpa del metodo.

Dopo ciò veniva a concludere: che si può fare uso del metodo volumetrico solo in quei casi in cui sia sufficiente avere un'idea approssimativa della quantità dell'urea contenuta in una data orina, mentre nei casi nei quali vuole essere conosciuta esattamente, non vi è mezzo più sicuro di quello della bilancia, dopo avere ridotta l'urea stessa allo stato di nitrato.

Successivamente il Prof. Guglielmo Romiti ci leggeva una memoria sopra un caso di epilessia, consecutiva ad azione traumatica del capo, in cui fu eseguita la trapanazione del cranio, la quale operazione fece cessare gli accessi epilettici per qualche tempo, dopo il quale si riprodussero, e pare per causa di abuso di vino. Questo caso conduce il Romiti a molte considerazioni di natura fisiologica, applicata alla patologia del cervello e di alcune circonvoluzioni di esso, dalle quali risultava anche maggiormente, la importanza del caso in discorso.

Nessuno avendo preso la parola sulla memoria del Dott. Tommasi, viene aperta la discussione su quella del Prof. Romiti. Il Dott. Del Greco fa notare: come questa storia presenti molto interesse, dimostrando che lo studio

la missione del perito medico, nelle questioni del foro. Cominciando dal citare alcuni dati storici, dice: che per trovare l'esistenza dei periti è dovuto risalire fino alla Repubblica Fiorentina (1200), perchè allora esisteva il Tribunale delle arti e mestieri ed in esso un Collegio Medico incorporato nell'arte dei medici e speziali, che prendeva fama dalla Scuola medica d'allora, capitanata dal Taddeo.

A codesto si riferiva tutto quello che poteva spettare alla Medicina Forense, ed il Filippi cita anzi alcuni capitoli dello Statuto ad esso relativi. E per quanto nel 1770, Leopoldo I demolisse l'istituzione delle arti e mestieri, lasciava intatta peraltro quella del Collegio dei medici. Anzi l'importanza sua crebbe a tanto, che spettarono ad essa:

1° Il conferimento delle matricole dell'arte medica; diritto sempre gelosamente custodito fino ai nostri tempi; (sebbene nel 1772 fosse dall'università di Pisa tentato di esserle tolto).

2° Giudizi comparativi di capacità per conferimento di ufficii medici.

3° Giudizii intorno ad ordinamento di studi.

4° Giudizii sopra opere scientifiche.

5° Giudizi di medicina militare.

6° Visita alle Farmacie.

7° Pareri consultivi intorno alla necessità di medicina pubblica, igiene ec.

8° Disposizioni di veterinaria forense.

9° Pareri consultivi di medicina forense.

L'autore passa quindi in rivista le diverse fasi subite dalla Procedura Penale Toscana, e scende fino al periodo della unificazione italiana, nel quale avvenne uno smembramento nelle attribuzioni del Collegio medico Fiorentino.

Dopo aver detto a quali uffici sono adesso devolute le attribuzioni stesse, viene a concludere: che quelle relative alla Medicina Forense sono andate come a dileguarsi e

desse un tribunale scientifico, un perito od un'autorità giuridici dubbiosi.

Ma l'Autore giunge appunto a questo agionamento, domandando a se di ripararsi a così grave incertezza come l'attuale stato della professione testualmente le sue parole, e nel suo discorso.

« In seno della nostra Società, dove si riunisce di medicina e di chirurgia, si potrebbe istituire una scuola d'anatomia e fisiologia, dell'insegnamento Morgagniano, dove alisti di ogni parte della medicina si trovano chimici e fisici, naturali e di veterinaria e via via. Si potrebbe ricostituire un Consiglio, nel quale facessero Capo le questioni di scienza e senza intesa partigianeria e senza interesse, aiutasse tanto il pubblico che i periti medici, onesti e sinceri, passionate o infondatamente, la Giustizia, tutelando così le applicazioni giudiziarie. Forse si potrebbe, adagio adagio, a costituire un ente è vagheggiato da alcuni periziari cioè, od una Magistratura, facendo sparire così l'inconcepibile divisione dei periti. »

« Considererei che a far parte di questo ente entrassero a farvi parte anche i periziari ed anzi coloro che più interessati alla Giustizia, avessero occasione di comparire al Foro. »

Terminata così la comunicazione del Dott. Filippi, ha la parola il Dott. Grassi, il quale legge una sua memoria « *Sulla rottura del sacco amniotico durante la gravidanza* » e considera codesto fatto dal punto di vista della influenza che può avere sulla determinazione del così detto travaglio. Constatato che tutti gli autori concordano nel ritenere incompatibile, con un ulteriore progresso della gestazione, la divisione dell'uovo, il Dott. Grassi afferma: come una tale nozione non sia in accordo con molti fatti di osservazione propria e d'altri; e perciò, dopo aver passato in rivista codesti fatti, cerca di rendersene ragione facendo la critica del meccanismo col quale teoricamente si vuole che, a sacco rotto, le contrazioni uterine vengano stimolate; e conclude: che nè l'irritazione prodotta dalle parti fetali sull'utero, nè la riduzione volumetrica di questo, possano essere ritenute cause necessarie di parto prematuro, dal momento che nessuna legge fisiologica comanda un tal fatto e dal momento che in altre circostanze esistono le medesime cause, senza che per questo si verifichi un arresto nella gravidanza. Oltre di ciò l'Autore trova nei fatti da lui raccolti una prova inattaccabile della nessuna parte che hanno le acque dell'amnios alla nutrizione del feto, dalla formazione della placenta in poi, e giustifica l'apparente trascuranza della natura circa la provvista del liquido amniotico nelle singole gravidanze, dimostrando come, per l'ufficio puramente statico a cui codesto liquido è destinato, poco importa che esso sia più o meno abbondante.

Il Dott. Grassi, poi, traccia la sintomatologia del fatto di cui si occupa e si intrattiene sulla diagnosi differenziale, importante a stabilirsi, fra la rottura dell'uovo e lo scolo di liquidi provenienti da altre cause, durante la gravidanza, terminando quindi la sua lettura colla prognosi dell'accidentalità in discorso, sia relativamente alla madre, sia relativamente al bambino.

a com
a il Do
enden
ie dei
amente
si, che
vorevo
e che
che ex
al pu
cienza
el Dot
Grill
ente, s
empre
Società
utto la
putazic
la sul
aduna
lettura

DODICESIMA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 8 DICEMBRE 1878.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti: Bosi, Filippi, Faralli, Bertini, Nesti, Tafani, Marcacci, Brigidi, Romei, Tommasi, Dainelli, Ceccherelli, Grassi, Fattorini, Stacchini, Zannetti Raffaello, Comandoli socio corrispondente.

Ha per primo la parola il Dott. Pietro Bosi, che intrattiene la Società sul *Kamala come tœnifugo*. Dopo alcune notizie sulla Rottleria tinctoria, come quella che produce la polvere tenifuga, che ha il nome di Kamala, cita alcuni casi di tœnia da lui curati felicemente con un tale medicamento, sia in alcuni animali domestici, sia nell'uomo, e termina facendo voti che il medicamento stesso possa acquistare un'applicazione sempre più estesa nella terapeutica degli elminti nastriformi.

Il Dott. Giorgio Marcacci legge, in seguito, una sua memoria che ha per soggetto la storia di una operazione praticata in un caso di acne elefantiaco del naso. Si tratta di un uomo sofferente, da lunghissimo tempo, di acne sebaceo del volto, nel quale il naso aveva acquistato proporzioni colossali e mostruose. L'infermo reclamava assistenza non tanto per la bruttura, quanto per l'impedimento alla respirazione che derivava dalla discesa in basso dell'organo dell'odorato. Dopo avere sperimentato i mezzi più ordinari, il Marcacci risolvette di ricorrere ad un'operazione. Due grossi tubercoli laterali, pendenti dalle ali del naso, furono demoliti dall'autore mediante legature: questo primo atto operatorio raggiunse l'intento di diminuire il volume totale dell'organo, ma non valse a togliere la deformità derivante dalla

discesa in basso del lobulo, che raggiungeva quasi la metà dello spazio che corre fra il labbro inferiore e l'apice del mento: a correggere allora questa deforme lunghezza, il Marcacci condusse due incisioni, una delle quali partendo dal punto d'inserzione posteriore delle ali del naso, veniva in avanti incurvandosi, imitando la curva anormale del bordo libero delle ali nasali, e terminando sul dorso del naso a circa due centimetri e mezzo dalla punta del lobulo: un'altra incisione, inferiore, partiva dall'estremo superiore della prima e con una curva opposta terminava sulla punta del lobulo. In questo modo veniva circoscritto un tratto di cute da somigliare grossolanamente una sella: dissecata questa porzione di pelle elefantiaca, i due bordi furono riuniti con punti di sutura e la cicatrizzazione si effettuò prontamente. Le figure tolte dal vero, che l'autore presentava, mostravano come il risultato finale fosse un notevole miglioramento nelle forme del naso.

Dopo aver descritto l'operazione, il Dott. Marcacci si fermò sull'esame istologico della pelle estirpata, e sul modo di generarsi dell'acne. Su questo proposito, egli espresse il parere: che l'acne abbia il suo iniziamento da una flogosi dell'apparecchio sebaceo-follicolare e che soltanto consecutivamente si determini lo stato iperplastico del congiuntivo. Questa affermazione egli la basava sull'esame del fatto speciale, e su dati clinici generali.

Niuno prendendo la parola sulla memoria del Dottor Bosi, il Presidente apre la discussione su quella del Dottor Marcacci.

Il Dott. Tafani dice, che stando alle preparazioni presentate dal Marcacci, si dovrebbe piuttosto ritenere che la alterazione del connettivo fosse primitiva, e secondaria quella delle glandole sebacee e dei follicoli piligeni.

Il Dott. Marcacci risponde: che le alterazioni dell'apparecchio sebaceo-follicolare sono gravi, inquantochè i follicoli sono immensamente dilatati e con papilla atrofica

le glandule sebacee sono ingrossate, dilatate, e formano cavità cistiche con un secreto, del quale la profonda alterazione fisico-chimica rivela una data antichissima di malattia, che quasi non ha confronto con quella del connettivo. Egli non può abbracciare la dottrina del Rindfleisch, con la quale si sostiene: che la pustola acneica deriva dal ristagno del secreto sebaceo, provocato a sua volta dalla iperplasia del connettivo, che strangola il colletto del follicolo. Infatti esistono innumerevoli esempi di casi, nei quali si osserva la ritenzione del secreto sebaceo e follicolare, senza che per questo si osservi l'infiammazione: come d'altro lato in casi di vera e considerevole iperplasia del connettivo, quale si ha nella elefantiasi, non si osserva la formazione delle pustole acneiche, quando pure l'elefantiasi sia della cute della faccia. Non è improbabile, dice il Marcacci, che l'alterazione della secrezione sebacea sia la causa flogogenica sul connettivo.

Il Dott. Tafani intenderebbe l'alterazione del secreto anche dopo e come effetto della congestione cutanea, e quindi sarebbe favorevole all'opinione del Rindfleisch, del quale molto apprezza l'autorità.

Replica il Marcacci: che la sola congestione cutanea non è sufficiente a sviluppare quella speciale malattia che fu chiamata *acne* dai dermatologi, e di ciò si trova un esempio eloquente nella sintomatologia della erisipela, dove pur esistendo intensa e durevola la iperemia, non si ha formazione di pustole.

Il Dott. Brigidi non trova possibile risolvere la questione con i dati anatomici attuali.

Il Dott. Filippi vorrebbe che nell'annunziare un atto chirurgico destinato a combattere l'acne, si chiarisse bene che questa cura ha in mira di provvedere a un risultato di questa malattia, cioè la deformità che ne risulta negli organi colpiti, e che non è cura del processo morboso vero e proprio, cioè l'acne.

cci conviene della osi
tenendo egli pure di
alattia, e non alla mala
isto che nessun altro p
discussione.

le

ZARI.

Il
Dott.

RAPPORTO GENERALE

DEI

LAVORI ACCADEMICI DELL'ANNO 1878

LETTO DAL SEGRETARIO DEGLI ATTI

Dott. TOMMASO TOMMASI

nell'Adunanza solenne del dì 26 Gennaio 1879

EGREGI ACCADEMICI!

Non essendo io il Cassiere della nostra Società, sono ben lungi dal potervi parlare di cose finanziarie; ma poichè rappresento, e molto umilmente, l'ufficio di Segretario, vi dirò con tutta franchezza e lealtà, che, indipendentemente dalla cassa, anche in quest'anno non siamo giunti al sospirato pareggio! No, o Signori; perchè se il nostro interno regolamento prescrive, nel correre dell'anno accademico, quindici adunanze, noi non abbiamo potuto riunirci che dodici volte.

È vero, che quelle quindici adunanze dovrebbero rappresentare soltanto trenta letture, e noi ne abbiamo avute ventisette in dodici riunioni accademiche; che in tal modo sono riuscite più ricche di materiale scientifico ed hanno reso più variata ed interessante la discussione successiva alla lettura di ogni lavoro; ma ciò nonostante siamo sempre con un deficit di tre letture!

Ma non è soltanto nella cifra strettamente numerica che si annunzia il disavanzo, perchè codesta cifra porterebbe a una differenza ben piccola e poco apprezzabile.

aggiore, il del
le letture, ma

ne parole!
arte quelle ad
per mancanza
i, e mettiamo
vuto luogo! E
opra 24 lettori
alla cifra di
lamento, 9 sol
! gli altri 18
offerti volonta
dietro preghi

nissimo, o Sigi
poco scoraggia
mio dovere d
di sprone e d'
per aprirsi. A
a degno compa
che compongo
so di esprimere
al fondo del ci
ro vivissime pe
giovani e prov
ero attorno all'e

ai rivi di nostre

questa istituzi
ne il prestigio,
esterna, e man
demia del Ciu
gnori, per far
rettorici, per

ben convinto esser falsa l'opinione di coloro che credono le Accademie debbano ormai appartenere alla storia e considerarsi perciò come lettera morta! Io tengo invece opposto avviso, persuaso come sono che le Accademie fondate sulle basi e sui principii della nostra, se è vero che meritano riforma o modificazione di attributi, è pur vero che sono sempre la palestra nella quale i giovani ingegni trovano lo sprone e l'impulso ad agire, spintivi dalle nobili gare della emulazione; al tempo stesso che trovano un freno al plauso troppo facile degli adulatori, nel consiglio calmo e severo dei colleghi più provetti e dei maestri, vero anello di congiunzione fra la vecchia e la nuova scienza!

Ed ora, o Signori, eccomi a ricordarvi in poche linee, e per sommi capi, il lavoro scientifico dell'anno decorso.

Sarò brevissimo; e ciò per due ragioni: prima, perchè temerei di non incontrare il vostro favore, ricordandovi in modo troppo esteso dei lavori, alla lettura dei quali voi stessi avete assistito, e che poi avete udito riepilogare nei processi verbali delle singole adunanze; secondariamente poi, perchè ciò mi avrebbe condotto ad una fatica ragguardevole, alla quale non avrei potuto assoggettarmi, anche a causa della mia non fiorente salute in questi ultimi mesi.

Ecco dunque come io ho creduto di dover classificare i diversi argomenti, che han formato soggetto di lettura nell'anno decorso:

Argomenti di Clinica Medica

- » Terapeutica
- » Clinica Chirurgica
- » Anatomia Patologica
- » Anatomia normale e Fisiologia
- » Ostetricia
- » Oculistica

Igiene e Medicina
Chimica Farmaceutica
Chimica Patologica
Fisica.

e appartengono le
, del Dott. G. Mar

e pervenire una
lla quale, studiando
ifterite e più speci
e avevano avuto un
alla non provata
osi la idea di prat
per preservare d
revenir la scarlat
ci ci comunicò al
di una forma fisio
primo una storia es
è stesso, per lo sp
esperimenti che il I
uito sui soldati di

ersuadersi dell'infl
lbuminoidi ingerite
nel corpo, la posiz
ita per un certo te
a comparsa dell'alt
in modo clinico, e
, del Bareswill, del
e un'albuminuria
na lesione diretta
del Dott. Marcacci
acquista o perde la
agioni diverse, che

alterarla profondamente nella sua costituzione chimica elementare, sono peraltro bastevoli a farle subire nell'interno dell'organismo, modificazioni isomeriche ben decise e tali da cambiare grandemente il suo potere di diffusione, restando pur fermo ed immutato l'apparecchio renale, per cui la diffusione stessa si compie.

Finalmente, il Dott. P. Celoni, con quella esattezza e diligenza che lo rendono osservatore clinico stimabilissimo, ci narrò un caso di poliartrite reumatica, da lui osservato in un giovine di 36 anni, importante per il fatto: che all'ottavo giorno di malattia si sviluppò una febbre così gagliarda, che il termometro giunse a segnare per quasi tutto il giorno la enorme cifra di $42^{\circ}, \frac{6}{10}$, scendendo sulla sera a $39, \frac{5}{10}$ e rialzandosi il mattino seguente a $41, \frac{1}{10}$. Malgrado un'iperpiressia così strana, il malato guarì per lisi, sotto l'uso delle applicazioni fredde, degli alcalini e del chinino opportunamente amministrati. E stà qui appunto l'importanza del caso in discorso; perchè sebbene vi sieno osservazioni del Wunderlich, del Currie, del Simon e del Quincke, che in diverse malattie, non escluso lo stesso reumatismo articolare acuto, hanno potuto osservare le temperature di $44,7$, (tetano), di $44,4$, (scarlattina), di $44,5$, (vaiolo), e di $44,3$, (reumatismo articolare acuto), si è sempre trattato di casi che hanno avuto un esito infausto, tanto è vero che il Picot ne cita, come meritevole di attenzione, uno di febbre intermittente, osservato dal Michael, che potè constatare una temperatura di $41,7$, pure ottenendo la guarigione del malato. E da questa, alla temperatura osservata dal nostro Dott. Celoni, corre la differenza, molto apprezzabile, di nove decimi di grado!

Al gruppo degli argomenti di terapeutica medica, appartengono una memoria del Dott. Celso Pellizzari, sul Tayuya come antisifilitico, ed un'altra del Dott. Pietro Bosi, sul Kamala come tenifugo.

Il primo, con l'appoggio di osservazioni cliniche accu-

sime, da lui praticate nella Clinica de
e, venne a concludere:

Che il tayuya non ha virtù medicam
ri sifilitici; che non ha quasi alcuna po
anifestazioni della sifilide; e tanto mer
cidive, che in alcuni ammalati vide c
issime, dopo alcuni mesi dalla scompa
ifestazioni.

Questa memoria del nostro egregio V
b un'eco favorevole al Congresso d
ica Italiana, tenutosi in Pisa nel 1
30 anno.

Ivi infatti, il Dott. Faraoni, di Pavia,
e di sifilide da esso curate colla tintu
ya: ma sorsero contro, il Prof. Gamba

Dott. Marcacci, il Dott. Gasca e il Dott. Piovano, tutti
bordo a dichiarare la niuna efficacia del rimedio, tanto
la Sezione approvò unanime un ordine del giorno dello
o Dott. Piovano, nel quale faceva voti che il tayuya
fosse considerato nel novero dei rimedi utili nella cura
i sifilide.

Con questo voto così severo, ma giusto, io credo che
ossa cantare il *requiescat* al tayuya, che minacciava di
dere il posto di panacea universale, anche a dispetto
siroppo Pagliano....!

Il Dott. Pietro Bosi ci riferiva alcuni casi di tenia,
ti felicemente colla polvere di kamala e da lui osser-
non solo in diversi cani, ma anche nell'uomo.

Sarebbe peraltro desiderabile, e questo è un mio voto
colare, che per estendere sempre più l'applicazione di
ale rimedio, il nostro egregio collega allargasse la
hia delle proprie esperienze, per meglio stabilire: se la
medicamentosa del kamala si riduce a quella di un
plice tenifugo o se invece può anche considerarsi ana-
a quella dei veri tenicidi; e ciò per non confonderlo

con altri medicamenti di azione simile, e peggio ancora coi tanti specifici suggeriti dal moderno empirismo.

Passando al gruppo degli argomenti chirurgici, dirò subito che è uno dei più numerosi, tanto che vi ho potuto inserire sei memorie diverse.

Voi tutti ricorderete le due importanti comunicazioni del Dott. Carlo Tempesti di Livorno, a proposito di un caso di litotrizia assai singolare, che dette luogo all'Autore di proporre alla Società un metodo misto nella cura delle pietre vessicali; un metodo cioè che riuniva la litotrizia alla cistotomia, per quei casi nei quali il volume e la consistenza della pietra non permettevano al chirurgo l'uso di uno solo dei suddetti metodi di cura.

Queste due comunicazioni del coscenzioso ed onesto chirurgo livornese, dettero luogo a vive discussioni, prima in seno a questa stessa Accademia e poscia nelle colonne dello *Sperimentale* e del *Commentario Clinico di Pisa*; e voi certamente le ricordate troppo bene, perchè io debba tenervene parola; tanto più che il punto più controverso della questione stava sul metodo misto, che il Tempesti proponeva in buona fede; ma che, a sua insaputa, già precognizzato dall'Alquiè fino dal 1863, era già stato condannato dalla maggioranza dei Clinici (1).

Passando oltre, trovo una comunicazione del Dott. C. Campani sul *Protossido d'Azoto come anestetico*, destinata

(1) Questo mio resoconto era già impaginato, quando ho avuto luogo di vedere una Memoria del Prof. Francesco Rizzoli, pubblicata nel *Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna* (Serie 6^a, Vol. III), col titolo seguente: « Della Litotripsio-Cistotomia nei grossi calcoli vescicali. » L'illustre Chirurgo bolognese, dopo aver citato, con molto favore, Tommaso Alghisi, maestro e lettore di Chirurgia nello Spedale di Santa Maria Nuova, nei primi del 1700, che fino da così remota epoca praticava la estrazione dei grossi calcoli vescicali dopo averli spezzati, prende a citare un suo allievo, il Dott. Consolini di Vergato, che usò un processo consimile, e finalmente l'Alquiè ed il Dott. Carlo Tempesti, come quelli che hanno tentato di erigere a metodo la pratica dell'Alghisi. Anzi, codesta citazione gli serve come di esordio ad esporre alcune sue idee e fatti clinici sull'argomento medesimo, idee e fatti che darebbero un valido appoggio a quanto proponeva il Dott. Tempesti. E ciò sia detto ad onore del vero!

a richiamare l'attenzione dei Chirurghi, e più specialmente dei Dentisti, sui pericoli di un tale preparato, resi anche maggiori dal modo col quale lo si amministra; poichè tanto la bocca, quanto le narici del paziente, ed io lo so purtroppo per mia particolare esperienza, son disposte in modo da non permettere che l'aria atmosferica, possa almeno mescolarsi per piccola parte al gas esilarante, che in tal modo fa cadere il paziente medesimo in un profondo stato di asfissia, dal quale alcune volte è riuscito impossibile liberarlo.

Il Don Tarchiani, medico condono a Santa Croce sull'Arno, inviava alla Società nostra una mascella inferiore appartenente ad una giovane fanciulla, e necrosata, in tempo non lungo, a causa delle esalazioni fosforiche, alle quali dovessimo credere la giovane stessa erasi assoggettata. La mascella fu esumata dall'Autore col mezzo di un'operazione eseguita per la sintomatologia menzionata, che non lasciò alla giovane allungata una deformità troppo vistosa.

Il Don G. Don. Professore di Anatomia nella Università di Siena, ci narra che per narrarci un caso molto singolare, è ingegnere del canale. Da lui praticato in un caso di epilessia per epilessia da accessi epilettici consecutivi a lesione della testa. Quest'uomo, 15 anni or sono, aveva sofferto di una lesione della regione frontale, e da allora in poi aveva sofferto della epilessia frontale, che si manifestava per accessi epilettici della parte anteriore della testa, e che si ripeteva con frequenza. Aveva sofferto di epilessia per epilessia da accessi epilettici consecutivi a lesione della testa. Quest'uomo, 15 anni or sono, aveva sofferto di una lesione della regione frontale, e da allora in poi aveva sofferto della epilessia frontale, che si manifestava per accessi epilettici della parte anteriore della testa, e che si ripeteva con frequenza.

Il Don G. Don. Professore di Anatomia nella Università di Siena, ci narra che per narrarci un caso molto singolare, è ingegnere del canale. Da lui praticato in un caso di epilessia per epilessia da accessi epilettici consecutivi a lesione della testa. Quest'uomo, 15 anni or sono, aveva sofferto di una lesione della regione frontale, e da allora in poi aveva sofferto della epilessia frontale, che si manifestava per accessi epilettici della parte anteriore della testa, e che si ripeteva con frequenza.

Io vi ricorderò soltanto che la lesione, dietro esperimenti fatti sul cadavere, si trovò corrispondere fra le circonvoluzioni frontale media e inferiore, comprendendo queste due, nel punto della zona eccitabile dell'Albertoni — in un punto cioè dove han centro i movimenti del capo, della lingua e dell'arto superiore opposto alla lesione — punti tutti rimasti offesi nel caso in discorso.

L'operazione riuscì benissimo, e non ebbe alcune conseguenze sfavorevoli: anzi, il risultato fu così felice, che dopo 2 mesi da essa, il malato potè lasciare lo spedale, senza avere avuto altrimenti gli accessi epilettici.

Peraltro dopo tre mesi circa, datosi ad ogni sorta di intemperanze, fu preso da meningite acutissima che lo trasse a morte in brev' ora.

Io non aggiungerò parola a questo caso, la di cui importanza è così evidente; non fosse altro per l'accordo mirabile che hanno mostrato di avere le ricerche fisiologiche coi fenomeni clinici.

Non posso lasciare gli argomenti chirurgici, senza ricordarvi un caso di acne tubercoloso, curato chirurgicamente dal Dott. G. Marcacci. L'acne aveva sede nel naso, che ne era rimasto tanto deforme, da esser giunto a livello del labbro superiore.

All'egregio Autore, venne l'idea, certamente nuova e al di fuori della consuetudine più comune, di asportare il lobulo e le pinne nasali, come le parti che erano state prese maggiormente dal processo ipertrofico; e l'operazione ebbe l'esito che si era prefisso l'Autore, quello cioè di togliere una deformità ragguardevole e penosa, senza nemmeno l'inconveniente di lunghe suppurazioni. Questo caso dette luogo poi ad una discussione assai importante, sull'origine dell'acne, dal connettivo più che dai follicoli, a proposito delle opposte dottrine del Rindfleisch e del Rayer.

Nel gruppo delle memorie appartenenti all'Anatomia

trovo per prima quella dell' egregio Dott. V. *permegalia*, chiamata da altri paralisi pseudo-

sopra un tale argomento non si avevano in-
anatomiche molto esatte, al di fuori di quelle
e e del Cohnheim, l' autore volle riscontrare
che si presentò alla sua osservazione, era
ntracciare qualche lesione nei diversi gangli
catena del simpatico. E la lesione fu infatti
ata; e consisteva in uno sviluppo notevole
si, con dilatazioni parziali e multiformi, tanto
eriferiche che in quelle del centro. Un tale
collegato all' atrofia delle cellule gangliari e
ervose con mielina, il cui posto trovavasi come
d invaso da tessuto connettivo interstiziale.
si dunque di un' alterazione molto sostanziale
. E così il campo delle nevrosi, così dette
non spiegabili cioè che per un disturbo delle
ganiche e del processo funzionale della inner-
sto campo, dico, così esteso in addietro, si
di di più, in ragione diretta dei progressi in-
anatomia patologica; che sostituisce alle pa-
d alle interpretazioni più o meno ipotetiche,
stabiliti; ed ai fenomeni e segni di ordine
appone le alterazioni di una o di un' altra
ema nervoso centrale o periferico, che diviene
di origine e di sviluppo di ciascuna nevrosi.
e considerazioni io credo che valgano per
nicazione dello stesso Dott. Brigidi, a pro-
ne alterazioni del simpatico in un caso di
ciosa. Sebbene sia ancora molto discussa la
la esistenza o no di una forma clinica ben
e da meritare quel nome speciale di anemia
progressiva, quale l' ha descritta il Biermer,
diversi casi nei quali la diagnosi non trovò

la conferma dell'anatomia patologica; tanto che, mentre il Fede di Napoli riscontrava alterazioni gravi ed estese dello scheletro, il Morelli trovava gli anchilostomi nel duodeno, il Quincke una pachi-meningite, il Krieg un fibro-sarcoma alla base del cervello ec., il nostro Dottor Brigidi riusciva a scoprire una notevole alterazione dei gangli celiaci, che lo stesso Addison, in un caso consimile, aveva visti degenerati in grasso. L'alterazione consisteva: nel rimpicciolimento dei gangli, in una proliferazione nucleare attorno alle cellule gangliari, nella proliferazione degli endotelii delle capsule che includono le cellule nervose, e finalmente nella degenerazione grassosa di queste, ed in parte nella loro decomposizione in granuli molecolari.

In mezzo a tanta divergenza di risultati anatomico-microscopici, ottenuti da diversi casi ed esempi di una stessa forma clinica, come concludere all'esistenza reale della forma medesima? A buon conto, le ricerche del Vallin, del Peppers e del Cohnheim la ravvicinano alla Leucemia, nella maniera stessa che il caso del Prof. Morelli e meglio anche quelli più numerosi dell'illustre anatomico Pavese, il Prof. Sangalli, la ravvicinano alla Clorosi d'Egitto, così bene studiata dal Griesinger e collegata alla presenza degli anchilostomi nel duodeno, sia che in questo producano fenomeni emorragici, sia che limitino la loro azione al disturbo funzionale del duodeno medesimo. È logico dunque supporre, che se non vengono fatti nuovi e più concludenti, l'anemia perniciosa andrà dileguandosi dal novero delle anemie e rientrerà nel posto che veramente le spetta.

Mi rimane impossibile il riassumere, anco per sommi capi, le ricerche dell'egregio mio amico, il dott. A. Tafani, a proposito dell'edema della retina. Mi limiterò a ricordarvi: che uno dei caratteri microscopici più propri di una tale affezione, ha trovato essere la presenza di cavità cistoidi, non rivestite internamente da vero epitelio, le quali

vanno man mano sviluppandosi negli strati p alla coroide e più specialmente nello strato esterni.

Lo stesso son costretto a fare per la cor del Dott. G. Banti, che ci narrava per esteso al vazioni anatomico-microscopiche, da esso pratica broma infiammato; e che servirono a dimostrar oltre l'aumento di volume delle cellule piane tivo e la divisione di esse in cellule più picco senza di una serie continua di elementi semp minosi fino a divenire giganteschi, costituiti di protoplasmi, includenti o no nel loro interno variabile di nuclei identici a quelli delle cel lioidi.

Sempre nel dominio dell'anatomia, più fisic che patologica, avemmo altre due memorie; una P. Grilli, e l'altra del Dott. A. Tafani.

Il primo, da egregio alienista, dopo aver esame tutto quello che si conosce attualmente ha di erroneo o almeno d'inesatto nella nomenclatura delle circonvoluzioni cerebrali, propose che la Società occupasse di una tale questione; stabilisse cioè il nome delle singole circonvoluzioni; e poscia, rità che le compete come corpo scientifico, pubblica ragione la nuova e razionale nomenclatura redatta di tavole illustrative, per meglio attestare da darsi a ciascuna delle circonvoluzioni med

Ricordo che la Società annui ad una propria, giusta e di natura sommamente pratica; richie fu nominata una commissione con l'incarico di studiare con ogni mezzo l'argomento; ma che la commissione stessa abbia riferito in proprio perchè ha veduto di molto accorciarsi il cammino, per le successive pubblicazioni del Prof. di Torino, sull'argomento medesimo.

Non farò che citare la bella comunicazione sul *periodo preparatorio di sviluppo del Cyprinus auratus*, dovuta all'abile microscopista Dott. A. Tafani, che volle corredarla con la dimostrazione di numerosi preparati: e son costretto a ciò, perchè le sole conclusioni del lavoro sommano a quattordici e mi sarebbe impossibile di riepilogarle.

Mi limiterò a far voti, perchè uno studio fisiologico così importante vegga presto la luce, per modificare ed accrescere le cognizioni embriologiche attuali.

Dirò lo stesso sopra una comunicazione, di argomento ostetrico, del Dott. E. Grassi, che c'intrattenne sulla rottura del sacco amniotico durante la gravidanza, mettendo in giusto rilievo tutti i caratteri clinici più adatti a farci diagnosticare e differenziare un tale avvenimento, non senza fermarsi sulla parte prognostica e terapeutica che lo riguardano.

Passando all'oculistica, trovo una memoria del Dottor A. Simi, libero docente in tale specialità, ed un'altra del Colonnello medico Dott. Felice Baroffio; la prima, sulla enucleazione del globo oculare, come preventiva dell'oftalmia simpatica; la seconda, sull'azione comparativa della gelsomina e della pilocarpina nella pratica oculistica.

Il Dott. Simi, proponeva che l'estirpazione di un occhio perduto irreparabilmente alla funzione visiva, dovesse eseguirsi anche senza che l'altro mostrasse di essere preso da oftalmia simpatica; stabiliva anzi le indicazioni e le controindicazioni di un tale atto operatorio, dimostrandone, anco con esempi clinici, l'importanza pratica.

Di molta utilità riuscì pure il confronto che il Dottor F. Baroffio ebbe mezzo di stabilire fra la gelsomina e la pilocarpina, paragonate ambedue rispettivamente all'atropina ed all'eserina, facendo uso nei diversi esperimenti di preparati purissimi allo stato di cloridrato, quali erasi potuto procurare dal Merk di Darmstadt.

La conclusione si fu che i due nuovi alcaloidi po-

o avere delle speciali indicazioni terapeutiche, non mai sostituire l'azione rispettivamente dell'esserina e dell'atropina.

Tanto meglio così, perchè sarebbeevole che si avessero ottimi risultati per esempio, il cui prezzo è di 50 franchi per la dose terapeutica, urterebbe moltol'indicazione economica!

In tal modo son giunto al gruppo di medicina legale, del quale fanno parte il professor Giorgio Roster ed una delle Filippi.

Il primo, intrattenne lungamente l'Ascolto delle acque di fogne e poscia sui metodi d'investigazione per giudicare della purezza di un'acqua. A proposito della prima parte, l'eruditissimo dei diversi studi da lui fatti, temperatura, e specialmente sulla qualità dell'acqua, non tralasciando mai di stabilire la purezza delle fogne delle diverse città d'Italia e delle città d'Europa.

Riusciva di speciale importanza la parte che studiava le materie organiche delle acque, e specialmente le proporzioni del carbonio e dell'azoto, sotto forma di nitrati, di nitrati ammoniacali.

Riguardo ai metodi per giudicare della purezza di un'acqua, passò prima in rivista i metodi chimici diretti, che hanno cioè lo scopo di determinare la proporzione delle materie organiche, e i metodi indiretti, fondati cioè sulla valutazione della quantità di ossigeno libero sciolto nell'acqua, nonchè quelli di determinare la quantità di azoto presente nei vegetali verdi, i molluschi, le crittogame, e tutti che non debbono mai esser tralasciati, perchè per avere esatta conoscenza sulla salute

ancorchè il loro valore assoluto e relativo non sia certamente identico per ciascuno di essi.

Speriamo che il lavoro completo del Prof. Roster, di utilità così grande per gli studi d'igiene applicata, sia presto fatto di pubblica ragione, a beneficio almeno di quelle città più bisognose di provvedimenti igienici, e al tempo stesso meglio fornite di mezzi finanziari per mandarli ad esecuzione.

Non più nel campo dell'igiene, ma in quello più specialmente della medicina legale, il Dott. A. Filippi, Professore incaricato di un tale insegnamento, faceva parte all'Accademia di una sua proposta, atta a stabilire se vi fosse mai modo di agevolare la missione del perito medico, nelle questioni del foro. La proposta era motivata da una serie di argomenti storici relativi al Collegio medico, fiorentino già fino dai tempi della Repubblica Fiorentina, tanto che facevan capo ad esso i giudizi intorno alle questioni medico-legali e ad esso ricorrevano i supremi Tribunali di giustizia nei casi più difficili ed intricati.

Fa certo meraviglia, ma è pur troppo vero, che una così alta missione si sia, col volgere degli anni, disconosciuta fino al punto da vederla scomparire o almeno suddividere tanto da non trovarne più traccia.

Il Filippi proponeva di raccoglierne l'eredità e di stabilire sulle fondamenta di così vecchia istituzione un nuovo Tribunale scientifico, un Collegio medico speciale, al quale potessero ricorrere, come a fonte di consiglio e di aiuto, e medici e magistrati, onde cansare, più che fosse possibile, passionate o infondate discussioni nell'aula della giustizia, sempre a svantaggio dell'arte e della scienza medica e dei suoi rappresentanti in particolare.

Voleva anzi che un tale Collegio sorgesse in seno alla stessa nostra Società, composta com'è di tanti cultori distintissimi in ogni parte dello scibile medico.

Una tale proposta venne accolta dalla Società con

forze elettromotrici sviluppate dalle soluzioni saline, a diversi gradi di concentrazione, coi metalli che ne costituiscono la base ; dichiarando che tali studii erano stati da esso eseguiti nel Laboratorio del prof. Magnus, anche avanti il 1877, prima cioè che il Möser pubblicasse gli studii suoi sull'argomento medesimo, e sebbene il nostro socio non pubblicasse per esteso il suo lavoro altro che nello scorso anno. Un tale lavoro, frutto di pazienti e numerose ricerche, è corredato adesso da tavole molto opportune, per giudicare del valore di quelle forze elettromotrici già ricordate.

Ed ora, che credo di aver sodisfatto, nei limiti delle mie debolissime forze, al dovere di Segretario, permettetemi che io chiuda questo annuo resoconto, col riportare alla vostra memoria le fasi più importanti della vita pratica e scientifica di uno fra i soci più antichi della nostra istituzione, mancato ai vivi nel luglio dello scorso anno.

Il Dott. Luigi Calosi, a mio parere, può considerarsi come esempio di una costante e fedele attività nel disimpegno pratico dell'arte salutare, come uno di quei sacerdoti d'Igea che meglio adempirono alla sacra e giurata missione di adoprarsi a tutt'uomo a beneficio dei propri simili, travagliati dalle angosce di fisiche infermità.

La sua lunga vita, protrattasi a più di sedici lustri, fu in grandissima parte spesa all'adempimento di codesta missione.

Nato infatti in questa stessa città, nel 1797, riceveva in data del 21 agosto del 1819, la Matricola di chirurgia, rilasciatagli a nome del Collegio Medico di Siena, dal decano prof. Biagio Bartalini, « con licenza e facoltà di
« esercitare liberamente e per tutto il Gran-Ducato della
« Toscana, la Professione di Chirurgo d'intera Chirurgia,

*roibizione di castrare fanciulli, senza essere
malattia e senza l'ordinazione del medico
di dare cosa alcuna per bocca, e di in-
che appartiene al Medico Fisico, e di
senza licenza di esso, éccettuato nei casi di
necessità, nei quali lo potrà cavare da per
to considerazione alla qualità del male, ed
ramento dell'ammalato, sotto le pene, con-
imposte dai Regolamenti di questo Collegio,
di osservare il prescritto della Bolla del
papa S. Pio V, sotto le pene e pregiudizii
ritti, avendolo a tale effetto fatto opportu-
ito. »*

el 1819.... vale a dire in un'epoca nella
il sangue, tanto volentieri, quanto oggi
na bottiglia di vecchio Cognac!

etricola di Chirurgo venivagli confermata,
dal Collegio Medico di Roma.

più tardi, veniva nominato, quasi contem-
Chirurgo soprannumerario nel R. Spedale
e Chirurgo di Battaglione, destinato al
nto di Linea, dal quale fu poi passato al
atori a cavallo.

nente migliorò alquanto la sua posizione;
fino dal 1834 veniva incaricato della vac-
stesso spedale degli Innocenti, con decreto
1844, riceveva la nomina di Ispettore al
Chirurgico del predetto Luogo Pio, e poco
1849, il Granduca di Toscana lo assegnava
degli Invalidi Veterani, col grado di Chi-
effettivo.

are gli innumerevoli servizii da esso pre-
esercito della Toscana, in varie contin-
lemiche, mi limiterò a ricordare che di-
usi nel tempo stesso le funzioni di Chirurgo

primario del R. Orfanotrofio del Bigallo, dell' Educatorio di Foligno, e di questo stesso Arcispedale di Santa Maria Nuova.

Questi titoli gli valsero certamente ad esser nominato membro della Sezione Chirurgica dell'I. e R. Collegio Medico fiorentino, del quale fece parte fino dal 5 aprile 1839, per sovrano veneratissimo motuproprio! Notate questa circostanza certamente apprezzabile! Quel decreto medesimo nominava a membro del Collegio, anche il compianto Prof. Carlo Burci!

Ma è tempo che io vi ricordi in brevi parole la parte scientifica della vita sua, estrinsecata in alcuni lavori giudicati di molta utilità e di molto valore, specialmente pratico, da molti dotti nostrani e stranieri.

Un primo lavoro Egli pubblicò fino dal 1841, col titolo modesto di *Cenni sulla Vaccinazione in generale ed in particolare di quella praticata in sette anni nel R. Spedale degli Innocenti*.

Sopra un argomento di così vitale importanza, Egli, osservatore diligente e coscienzioso, non poteva che tenersi trincerato nel campo dell'esperienza propria, campo modesto sì, ma ben ricco di frutti e di risultati felici. Sarebbero cercarvi voli di genio pindarico, innovazioni scientifiche luminose, perchè ivi l'autore si è limitato a tessere con molta esattezza ed eleganza la storia, prima, dell'arabico veleno, e poi più diffusamente quella della meravigliosa scoperta Jenneriana, che la celebre pastorale del Vescovo di Goldstat definiva entusiasticamente: *come il più gran bene che Dio abbia mandato a sollievo dell'umanità!*

È pur troppo vero, o Signori; quel libricciolo del Calosi, giudicato alla stregua delle attuali conoscenze, ora che la vaccinazione entra perfino nei codici di varii stati Europei, potrebbe apparire ben misera cosa; ma riportato all'epoca nella quale il Calosi lo scriveva, acquista una importanza ben più grande, poichè allora non era del

e come specialmente in Germania, dove il Brempsen era giunto perfino a proporre la degradazione civile!

In Toscana invece, si voleva la persuasione lenta e graduale del popolo, si voleva che l'eloquenza imponente dei fatti mettesse in più chiara luce: che era ormai tempo di lasciare le vecchie pratiche, riconosciute o dannose od inutili, per attenersi soltanto alla scoperta del celebre cittadino di Berkeley (1).

A stabilire sempre più codesta persuasione, mirava il lavoro del Calosi, seguendo in ciò la via luminosa lasciata dal Carradori, dal Biagini, dal Chiarugi, dal Bruni e specialmente dal Sacco, che meritò persino di esser chiamato il Jenner italiano!

Ma già in codesto tempo sorgevano altre cause, che certamente contribuivano non poco a togliere al vaccino, e specialmente nel popolo, quella fiducia della quale senza dubbio era degno. E furono alcuni casi di vaiuolo sviluppati, fin dal 1800 al 1805, sopra individui già vaccinati, fra i quali uno dal Jenner istesso, ed altri dall'Istituto Jenneriano di Londra, quando appunto in tale città si sviluppò un'epidemia vaiuolosa potentissima.

Da quell'epoca, bisogna scendere fino al 1823 per trovare qualche cosa di più netto e preciso, cioè fino a quando l'Harder intraprese esperienze di rivaccinazione, con buon successo, ripetute poi egualmente dal Walfers, dall'Hafelard, dal Tohmpson, dal Coindet, dal Dufresne e da altri. Furono allora eseguite rivaccinazioni generali negli eserciti prussiano e virtemberghese e in quelli di altri stati della Germania, tanto che, fin dal 1838, la Russia, la Danimarca ed altri paesi settentrionali di Europa, resero obbligatoria la rivaccinazione.

In Francia ed in Italia si andò più rilenti nell'accettare una massima così assoluta, e si pose la questione

(1) Tutti sanno che Jenner nacque a Barkley, città di Glowcester, il 17 maggio 1749.

campo d'osservazione scientifica e molto più severo.

L'Accademia medico-chirurgica di Bologna, interpellata con molta opportunità codesto sentimento, in data 1^a aprile 1843, proponeva che il premio Sgarzi, fosse dato alla memoria migliore sul seguente tema:

« esporre i fatti e le ragioni più convincenti per stabilire se sia temporanea o perpetua l'azione antivaiuolosa vaccina; e qualora avvenisse di concludere per la prima, si dimostri colla ragione e coi fatti a quanto tempo sarebbe limitata detta azione. »

Calosi entrò nel campo, scrivendo una dotta memoria intitolata: *della virtù antivaiuolosa permanente della vaccina*, che presentò con un motto dell'Ab. Pietrangeli: *Grande e magnifico tema mi si presentò alla mente e al cuore.*

Non starò ad analizzare minutamente un tale lavoro, che fu dato alle stampe nell'anno 1843, cioè anche prima che l'Accademia Bolognese deliberasse sul premio stabilito dal Sgarzi.

Ricorderò soltanto che il Calosi, fondandosi sulla sua esperienza e sull'esperienza di altri; dolente oltre modo che la vaccinazione potesse cagionare discredito irreparabile nel mondo vaccinico nelle menti popolari; diffidenza della pubblica opinione sulla di lui efficacia, e scoraggiamento e cordoglio degli amici convinti del perpetuo suo potere; dopo che in Italia di lui erasi accresciuta la cifra delle popolazioni immuni alle conseguenze lacrimevoli della pestilenza asiatica; della quale era da sperarsi che non restasse che la memoria come di passata sventura; il Calosi, perveniva alla conclusione finale del suo lavoro, affermando: che la *virtù antivaiuolosa vaccinica, non fu, non sarà mai temporanea, ma infallibilmente perpetua*. Gli illustri scienziati dell'Accademia Bolognese, parvero approvare assoluta la conclusione del Calosi; e sopra un

dici memorie pervenute al concorso, nel 1846 giudicarono degna di premio quella del Prof. Parola di Cuneo, amico intimo e dolcissimo del Calosi; e degna invece di menzione onorevole e di stampa quella del Dott. Rossi di Genova, che concludeva alla temporaneità dell'azione della vaccina ed alla necessità della rivaccinazione.

Il Parola, invece, si accostò più da vicino alla conclusione del Calosi, inquantochè venne ad ammettere: che lo *umore vaccino, ancorchè trapassato per infinita circolazione di migliaia di individui, conserva sempre la stessa virtù proteggitrice del vaiuolo, e che la rivaccinazione può riservarsi soltanto nell'ingruenza di qualche epidemia vaiuolosa.*

Ed il Calosi non era solo a credere allora come inopportuna ed inutile la rivaccinazione. Ebbe compagni, fra gli altri, nel Turchetti, nel De Renzi, nel Griva, nel Barzellotti, nel Malucelli, nello Spinelli, nel Ludilot, nel Girardin, nell'Emery e nella maggior parte dei membri dell'Accademia di medicina di Parigi fino al 1838 (1).

Io non ho potuto sapere se in seguito di tempo, ammaestrato da buon numero di fatti proprii e di altri, cambiasse il Calosi le proprie convinzioni su tale argomento. Ho trovato peraltro una lettera gentilissima ed oltremodo cortese del Parola, datata da Cuneo nel marzo 1860, nella quale annunziandogli la spedizione delle sue lettere a stampa sulla *dottrina vaccinica*, lo avvertiva che ivi avrebbe po-

(1) Il Cav. Michelagnoli, Commissario dello Spedale degli Innocenti, dietro richiesta del Dott. Calosi, faceva appello a molti medici condotti e ad alcuni direttori di luoghi pii con l'intendimento di conoscere i risultati delle inoculazioni praticate col virus vaccino conservato ed inviato dall'Istituto Centrale diretto dal Calosi.

Dalle diverse risposte, emerge che su 38137 vaccinati, il vaiuolo si sviluppò soltanto in 32, rispetto ai quali rimanevano alcuni dubbii, sulla più o meno giusta diagnosi della malattia. V. Calosi Cav. Dott. Luigi, rapporto al Governo della Toscana per il 1860. E per maggiori schiarimenti vedi la bellissima opera *Sulle Quarantene*, del Cav. Avv. Ottavio Andreucci, così ricca di preziosi documenti e di notizie storiche anche nella parte che riguarda il vaiuolo arabo e la inoculazione del virus vaccinico; opera che l'Autore si compiaceva dedicare all'illustre Puccinotti, e che questi di gran cuore accettava.

tzia
l. .
che
ella

d i
ada
i s
iss
rot
a e
e
do
ns
ti.
ne
va
zion

la
esse
cod
nd
usa
li a
ia
iei

adi
ol
nen
nn
los
pas
ett

fra i quali uno relativo all'azione del calorico e della pressione sul virus vaccino, azione che egli trovò potente assai e tale da annullarne il potere eruttivo caratteristico. Costesti esperimenti, che gli vennero suggeriti dal Dott. Gosse di Ginevra, furono da questo pubblicati nel suo libro importantissimo sulle Quarantene (1).

Oltre i lavori scientifici già nominati, io non ho potuto trovare altro che due manoscritti; uno relativo alla lettura da lui fatta in questa stessa Accademia, nel gennaio 1843, intorno alla fisica cultura dell'uomo nella sua età puerile; l'altro non è che la risposta ad otto quesiti di cose sanitarie; quesiti che a lui erano stati proposti, fino dal 1847, dal Commissario del R. Spedale degli Innocenti.

In quest'ultima memoria, si occupò diffusamente della sifilide delle nutrici e dei lattanti, in relazione a quanto allora si conosceva sulle malattie veneree: mentre nella seconda, con un linguaggio forbito, elegante ed affettuoso, degno dello zelo e dell'amore di padre, metteva in giusto rilievo i pericoli ai quali son soggetti i fanciulli di tenera età, fin dal momento del loro nascere, intrattenendosi a parlare di alcune regole igieniche molto opportune a scongiurarli, e chiudendo poi il suo discorso con alcune sue idee sull'educazione morale e fisica del fanciullo, onde *il cuore di questi senta l'amore ed il bene dei suoi simili, cresca leale ed amante della verità e della virtù*, e finalmente:

Alla patria ed ai suoi viva con frutto.

Con questo, io son giunto alla fine di questi appunti necrologici, i quali avranno servito a ricordarvi l'operosità pratica e scientifica del Calosi, che appunto per ambedue tali titoli si meritò l'amicizia, l'affetto e la stima dei suoi colleghi d'Italia e di molti stranieri; e potè anche esser preso in considerazione onorevole, prima da

(1) Gosse. Mémoire sur les Quarantaines. N. 9, docum. copie du procès verbal des expériences faites par le Docteur Calosi.

molti dei governi che reggevano le varie penisola, e poi anche dal governo dell'Italia redenta, in quantochè in data del 19 aprile 1861, il Ministro Minghetti gli partecipava la nomina a Cavaliere nell'ordine dei Santi Maurizio e Lazzaro.

Inoltre, fino dal marzo 1857, il governo Granducale, col mezzo del Presidente del Consiglio dei Ministri, il Baldasseroni, gli aveva fregiato il petto della decorazione di anzianità, onorificenza stabilita con decreto del 19 dicembre 1850, e che veniva conferita ai diversi ufficiali del piccolo esercito Toscano, quando avevano compiuto nella milizia, trent'anni di servizio fedele e non interrotto.

Innumerevoli ebbe poi i titoli accademici (1); con i diplomi ora di socio ordinario, ora benemerito, ora fondatore, ora finalmente onorario. Fra essi primeggiano quelli della Società nostra, della Società dei Fisio-Critici di Siena, della Società Frenopatica Italiana e della Società Medico-Chirur-

(1) A titolo di complemento biografico del Dott. *Luigi Calosi*, mi compiacio riportare i nomi delle diverse Società delle quali Egli faceva parte, come socio conservatore, benemerito, onorario, fondatore, ec.

Egli infatti era membro delle seguenti associazioni: Società Medico-Fisica Fiorentina — Società Medico-Chirurgica di Bologna — Società Scientifica dei Fisio-Critici di Siena — Società Frenopatica Italiana — Accademia Casentinese del Buonarroti — Accademia Scientifico-Umanitaria Giovanni Pico della Mirandola — Accademia di Lettere ed Arti Economiche della Valle Tiberina Toscana — Istituto Bandiera di Vaccinazione — Gl'Intrepidi; Accademia di Scienze, Lettere ed Arti, avente sede nell'antichissima Città di Cori — Accademia de'Quiriti — Reale Accademia di Scienze Mediche di Palermo — Accademia Filarmonico-Drammatica di Narni — Associazione dei Salvatori Medagliati del Mezzogiorno d'Italia, con sede in Napoli — Società Magnetica d'Italia — Accademia degli Inculti, in Cingoli — Associazione dei Salvatori, Gaeta — Accademia di Scienze e belle lettere degli Abbozzati, in Sezze — Collegio Sociale di Carpi, nell'Emilia — Società Medica di Livorno — Accademia degli Incamminati, in Modigliana — Circolo Promotore Partenopeo, Letterario, Scientifico, Artistico, Giambattista Vico, in Napoli — Associazione di mutuo soccorso de' Salvatori dell'Italia meridionale in Napoli. (*Presidente Onorario*) — Società Giovanile per l'istruzione popolare, avente sede in Augusta. — El institut mèdico valenciano — Société centrale des Sauveteurs de Belgique — Société de Sciences Physiques, Chimiques et Arts agricoles et industriels de France — Institut Historique des sciences, des beaux-arts à Londres.

gica di Bologna, che anzi avevagli accordato fin dal 1845 il distintivo speciale stabilito dal Pontefice Gregorio XVI.

Finalmente, era membro di alcune associazioni scientifiche della Spagna, del Belgio, della Francia e dell'Inghilterra.

In una parola, lo ripeto volentieri, il Calosi era uomo stimato in Italia ed all'estero; e credo ben ponderate e giuste le parole dell'illustre Prof. De Renzi (1), che lo definirono come istruito, benemerito e coscienzioso.

Questo, in quanto alla sua vita intellettuale e scientifica.

La vita fisica, peraltro, cedè lentamente agli attacchi di diversi malori, che cominciarono a tormentarlo assai precocemente nei visceri del ventre, del petto, e negli organi importantissimi della vista e dell'udito. Ho trovato in proposito diversi certificati autografi del Luciani, del Barzellotti, del Paoli ed uno molto pregevole dello stesso Bufalini, a lui rilasciati fino dal 1857.

Da codesta epoca, i malori aumentarono sempre, e più che mai nel principio dell'anno decorso, giacchè allora l'opprese e vinse

La fatale stanchezza della vita,

ed il suo corpo, offeso negli organi e nelle funzioni più essenziali, fu preso dal marmoreo freddo della morte il 22° giorno del giugno 1878, in questa stessa Firenze, dove egli era nato il 26° giorno del luglio 1797.

Godi ora, spirito modesto e gentile, il premio delle tue virtù ed accogli l'umile tributo che per la mia bocca ti offre questo nobil consesso, di cui fosti per lungo volgere di anni parte e decoro!

(1) Cav. Prof. De Renzi. Memoria sulla scoperta del Cow-pox nella Capitanata, 1839.

RAPPORTO GENERALE

SULLE

PUBBLICAZIONI PERVENUTE IN DONO

ALLA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA

DURANTE L'ANNO 1878

letto dal Segretario delle Corrispondenze nella Seduta Solenne del 26 gennaio 1879

Merito principale di questo rapporto sarà quello di esser breve, il che se da una parte sarà testimonianza o di inerzia, o di stanchezza dal lato del vostro segretario, da un'altra sarà a voi soci e colleghi di non lieve conforto. E per tenere la promessa vi basti questa concisione dell'esordio, e lasciate che entri in materia.

La prima opera che mi si para innanzi nella parte chirurgica è quella della trapanazione del cranio del Prof. Ferdinando Zannetti, la quale se volesse essere esaminata capitolo per capitolo, come pure ne avrebbe diritto, mi occuperebbe troppo tempo e d'altra parte pensando che nella posizione nella quale mi trovo di fronte all'autore parrebbe adulazione la lode, ardire o qualche cosa di peggio la critica, me ne passerò ricordandola solamente come uno di quei lavori che rappresenta il pensiero, e se fosse permesso così esprimersi, l'ideale della vita di un uomo. La trapanazione, e forse meglio le ferite e lesioni del cranio da causa traumatica, fu in fatti argomento preso di mira

dal vostro collega e carezzato fino dall' vita scientifica, poi meditato e coltivato sione nella non breve durata di quella fra le occupazioni dell'insegnamento, in disbrigo delle questioni di chirurgia amarezze e le soddisfazioni di una estesa per avere infine il suo compimento, quasi il clinico esercizio in questa scuola, pare dovesse cercare riposo all'attività sin, cuna l'aveva accompagnato fino alla v che era una promessa fatta a sè stesso, i tempra diventa un dovere e quindi vol voro, e non ebbe pace nè quiete finchè li tolo non vide la luce. Qualunque sia il g farsi dell'opera, essa starà là a mostrar volontà che pochi sanno tenacemente cons degli anni. E questo basti, e tanto più il Dott. Ceccherelli nel giornale *Lo Sper* ne ha dato un sunto molto preciso e de servire a farsi una idea abbastanza esatta che vi sono discorse, delle varie ques trattate e dei buoni precetti chirurgici intorno alla diagnosi, prognosi e cura della testa, non che intorno all'applicaz nei varii casi semplici o complicati di i importanti e così gravi, e talora tanto osc tura, sede, ed estensione da porre il pra razzo non tanto per stabilirne rettament prognosi, quanto per la scelta dei mezz la loro cura, e per la salvezza dell'inf

La memoria del Dott. Carlo Tem misto nella cura delle pietre vessicali, e sciuta, ha dato luogo a una polemica i Ceccherelli nella quale dall'una parte i stennero opinioni diverse. E qui se t

discussione avvenuta nel vostro seno su quella memoria, se tengo conto di alcuni precetti chirurgici che ancora mi sembrano i più sani, parmi che il Dott. Tempesti non sia in tutto dalla parte della ragione, ancorchè possa avere dalla sua qualche rispettabile celebrità chirurgica. Per me la litotripsia ha i suoi pericoli, e non tanto leggeri, come forse non minori ne ha la litotomia; andare a cumulare i pericoli dell'una e dell'altra non mi persuade che sia il miglior procedere; nè seguire i migliori precetti dell'arte. Quando il chirurgo ricorre a un atto operatorio per togliere e guarire una infermità, deve scegliere non solo il mezzo unico e migliore che gli si presenta, ma anche il più adatto e acconcio al caso speciale, e in ciò apparisce la saggezza e la bontà del chirurgo. Quindi per me il metodo misto nella cura delle pietre vessicali sarà sempre l'eccezione e mai la regola. Il fatto poi, narratoci dal Dott. Tempesti con un candore di esposizione che gli fa onore, nulla prova in favore del metodo misto, e non significa altro che egli ha avuto la fortuna di abbattersi in una vescica di una tolleranza tutto affatto fenomenale da permettere un numero grande di sedute, da non ricevere impressione dalle più ardite, chiamiamole così, manovre, tanto che infine fu possibile triturare completamente una pietra assai voluminosa, e così dimostra che talora il chirurgo può incontrarsi in vesciche così docili e tolleranti da concedere di rinnovare le sedute di litotripsia oltre l'ordinario, e senza gravi inconvenienti, e in questo appunto stà la parte interessante del caso. Se poi non erro e ho ben compreso mi pare che il Dott. Tempesti tragga l'indicazione a triturare i calcoli vessicali dal loro volume, mentre l'indicazione alla litotripsia o alla litotomia credo io si debba trarre non tanto dal volume, quanto e molto più dalla natura e resistenza del calcolo per quello che ce ne possa fornir lume l'esplorazione e il suono, quanto ancora dallo stato e dalla tolleranza della vescica; il

per piccolissima porzione, si chè non fu possibile estrarlo altro che penetrando con piccolo cucchiaino fra il calcolo stesso e la parete del sacco, dandogli di leva e facendolo così saltar fuori da quella sacca, ove pareva sfidare l'abilità dell'operatore.

Un'altra memoria del Dott. Ceccherelli sugli incurvamenti delle ossa per rachitide ha suscitato una polemica fra esso e il Dott. Paolo Cresci-Carbonai. Non entrero a discutere la questione insorta fra i due egregi colleghi, che facilmente rimarrebbero ciascuno del proprio avviso, dopo il mio discorrerne e discuterne; e non vi entrero perchè mi sembra che il loro altercare sia quasi superfluo. Quando infatti il Dott. Ceccherelli dice; se per rachitide avete tale deviazione degli arti inferiori da rendere deforme e difficile la deambulazione e tale che può viziare anche il resto dell'armonia scheletrica, se l'affezione rachitica è guarita coll'uso di quei mezzi che l'arte medica possiede, se per rimediare a quella deformità avete sperimentato inutilmente la cura interna, il mare, l'idroterapia, la cura ginnastica e le macchine, ricorrete all'osteotomia, o all'osteoclastia che hanno dato felici risultati ad abili chirurghi, come attestano certe statistiche; quando dice tutto ciò a che siamo? Siamo in uno di quei casi, nei quali conviene attenersi a quel dettato assai vecchio, che ai mali estremi occorrono rimedi estremi, e se questo rimedio mi viene fornito dalla chirurgia, sembri anche ardito, perchè dovrò rigettarlo? Fin qui concordo adunque col Dott. Ceccherelli, e mi pare anche che i due contraddittori possano essere vicini a intendersi e conciliarsi.

Nel replicare però al Dott. Cresci-Carbonai, il Dottore Ceccherelli rompe una lancia contro i consulti regolamentari che gli riescono antipatici, perchè secondo lui non servono che a inceppare il curante, e a recar danno al malato. Qui per dire il vero son costretto a non dividere questa antipatia del Dott. Ceccherelli, perchè quest'uso che

esiste da molto tempo nell'Arcispedale di S^a sorse coll'intendimento di inceppare il curante con quello di recar danno al malato; tutt'altro e fu creato col fine umanitario di essere utile di avere una salvaguardia contro l'abuso di operazioni o non necessarie o non opportune che stava a rappresentare il costume nella pratica privata; fu anche stimato o mezzo d'istruzione dei giovani praticanti, discussione del pro e del contro per una data o nell'esposizione delle varie opinioni sulla cura di una data infermità, apprendessero a far dell'infermo quell'esame diligente di tutti i calcoli esatto delle indicazioni a operare e mi sappia quest'uso non ha poi recato impedimento alla più larga pratica chirurgica, giacchè operazioni sono sempre consentite, quando la necessità lo esige e se talora la maggioranza si dichiarò contro, insorse lamento per parte del proponente.

La mia poi non avversione ai consulti viene anche da ciò, che quanto amo che liberamente libera la mano del giovine, rispetti il giudizio di coloro che sono incanutiti nell'arte, e penso che talora riescano i salti di certi ardimenti troppo precipitati e giovanili naturali in quell'epoca della vita facilmente trascinare e affascinare da tutto nuovo, e che apparisce come un campo di nomanza. Spesso allora quelle teste calve, le grande canizie, quelle fronti rugose, quelle fronti lanti sono l'utile salvaguardia che non con la spada ma che salva da una caduta. E in uno studio anzi che questa salvaguardia vi sia, che i giovani studino, ma sempre sotto la sorveglianza e l'occhio è preposto al buon andamento delle infermità.

evitare casi dispiacevoli, ricordandosi che l'apprendere e istruirsi deve essere sempre fatto senza danno dell'umanità che viene a chiedere soccorso, o a cercare salute in un pio stabilimento (1).

Fra le memorie chirurgiche debbo anche ricordare un caso di occlusione intestinale, nel quale, ancorchè l'esito non fosse fortunato, riuscì momentaneamente giovevole un particolare metodo di cura detto enteroclismo, di recente proposto dal Prof. Cantani clinico di Napoli, e dal Dott. Ceccherelli sperimentato, come dice nella sua memoria con poca fiducia di successo. L'enteroclismo consiste in una iniezione di liquido per l'ano che scendendo dall'alto può pure risalire molto in su per l'intestino fino a raggiungere il ceco dietro la legge fisica che i liquidi in tubi chiusi avanzano e risalgono fino all'altezza da cui sono venuti. Al Ceccherelli riuscì momentaneamente di ottenere scariche alvine con questo mezzo, il quale sarebbe specialmente applicabile al caso di occlusione intestinale per intasamento da materie fecali, ma intorno alla cui utilità occorre di attendere il responso di un maggior numero di osservazioni e di fatti.

In una memoria, intitolata apprezzamento della Gastrotomia, il Prof. Rizzoli viene a dimostrare che nelle stenosi esofagee si potrà molto facilmente fare a meno di questa gravissima operazione, sapendosi opportunamente giovare secondo i casi della dilatazione del restringimento con i mezzi dilatanti semplici, o usando questi al seguito della esofagotomia interna, o della esterna, ma soprattutto non

(1) Suppongo che per consulti regolamentari si tratti di quei consulti che si facevano nella Clinica chirurgica, o nella medica, e nei turni chirurgici e medici, coll'intervento del clinico, del proponente il consulto, di altri insegnanti o chirurghi e medici di turno e del soprintendente. Ed è dell'utilità di questi che intendo parlare. Vorrei di più che nessuna operazione s'intraprendesse nei depositi senza l'intervento dei direttori delle infermerie, uno dei quali dovrebbe essere sempre presente nello spedale; i direttori suddetti dovrebbero specialmente essere scelti fra quelli che abbiano dimostrata attitudine all'esercizio chirurgico, perchè in uno spedale i casi che possono richiedere urgenza di provvedimenti, e atti operatorii subiti non sono che i casi chirurgici.

precipitanti e sapendo prendere a volo il momento favorevole di vincere la stenosi. Il che talora succede dopo molte prove infruttuose e sanguinanti, a riprova di che riporta in gran parte nella sua memoria il caso che molto dettagliatamente e brillantemente narrava il Dott. Giovanni Del Greco alla nostra Società.

In ostetricia molti sono i casi in cui occorre dar mano all'utero e, quando sia permesso raggiungere il sito ove vuolsi applicare in specie per far trazione, il dito del chirurgo è certamente il migliore; ma, poichè questo non sempre può raggiungere la parte su cui vuolsi agire, o su cui vuol portarsi un laccio, o uno strumento segante e schiacciante, così intorno agli uncini smussi meccanici molto si è affaticato l'ingegno degli ostetrici, e dei fabbricanti di strumenti chirurgici, modificandoli, complicandoli, e riducendoli anzi a servire a ambedue gli uffici ricordati; in ultimo poi si fecero articolati in modo da prendere quasi la forma del dito colle sue tre falangi articolate e piegabili a una per volta con un facile meccanismo, conservando l'attitudine a servire da porta lacci ec. Il Dott. Wasseige ne passa in rivista molti e finisce col raccomandare il proprio, difendendolo dalle critiche fattegli, e consigliandolo come il migliore. Ed io non posso che raccomandarlo agli ostetricanti perchè l'esperimento serva a conferma dell'asserzioni dell'autore.

In altre due memorie lo stesso autore narra due casi di operazione cesarea con successiva amputazione utero-ovarica, dei quali uno riuscì a guarigione l'altro terminato colla morte. I vantaggi di questa operazione sarebbero quelli di non lasciare colla ferita dell'utero una sorgente di future complicanze nel bassoventre, di poter quindi con più tranquillità chiudere la ferita delle pareti addominali, e infine di porre la donna al sicuro di futuro gravidanze. Intorno a questo modo di operazione, che in Italia fu praticato credo una sola volta dal Prof. Porro

nell'anno 1876, abbiamo ancora poche osservazioni e non sufficienti a trarne deduzioni assolute.

Intorno all'ovariotomia abbiamo quattro memorie; cioè le conferenze sopra una ciste ovarica e susseguente ovariotomia fatte dal Prof. Giosuè Marcacci e raccolte dallo studente Adolfo Barli: la storia di due ovariotomie una seguita da morte l'altra da guarigione, la prima centuria di ovariotomie in Italia, e la quadrilustre pratica in ovariotomia del Dott. Spencer Wells, *mémoire* del Dott. Domenico Peruzzi. La prima centuria Italiana di ovariotomie eseguite in Italia da 34 diversi chirurghi hanno dato 63 morti e 47 guarigioni: 868 ovariotomie eseguite in 20 anni dal solo Dott. Spencer Wells hanno dato 655 guarigioni e 215 morti, ossia circa tre quarti di guarigioni e un quarto di morti. Qui mi pare che, tenuta ferma la veridicità e sincerità di queste due statistiche, i risultati migliori di quest'ultima non trovino altra spiegazione che nell'unicità dell'operatore. Sarebbe ciò una riprova che le specialità hanno pure qualche cosa di buono, quando sono in mano di persona che conosce bene la scienza medico-chirurgica in generale.

Il Dott. Luigi Fialla, capo del servizio chirurgico allo ospedale filantropico di Bucarest, narra in una sua memoria la guarigione di sei ciechi dalla nascita per cataratta congenita. Più che per l'interesse dei fatti che non sono nuovi, la memoria è importante per gli studii fatti sui ciechi stessi dopo la subita operazione. Tutti i suoi operati si servivano male dell'apparato muscolare che muove il globo oculare, che anzi subito dopo l'operazione, i movimenti erano irregolari e come non dominati dalla volontà, ma bastavano in genere pochi giorni perchè i movimenti si stabilissero regolarmente e prendessero la forma dei volontari. Non sarebbe vero che la retina privata della luce fino a 10 anni perda ogni impressionabilità alla luce. I primi giorni non riconoscevano gli oggetti che tasteggiandoli,

Il modo stesso che quando era
l'ha colpito un movimento, che
ente in una inspirazione profonda
te mostrando loro un oggetto bi
o succedere una trasformazione
arsi della facoltà visiva, speciali
rapporto con la nettezza, con l'
ol vestuario, si direbbe con la va
ere, e d'imitare i suoi simili.

orno all'uso dell'Iodioforme
e veneree il Dott. Barduzzi dice
elle forme locali come mezzo to
n sostituzione dell'ioduro di j
fino a 50 centigrammi. Ave
comio usato largamente l'iodi
posso confermare i suoi buoni
i di fagedenismo, e nelle ulceri
no sperimentato internamente
le frizioni mercuriali e l'ioduro
uona prova.

uno studio sulle dermatosi da le
rgio Marcacci passa in esame le
vi periferici, poi quelle da lesioni
lo spinale, e in ultimo quelle
o; argomento certo molto inter
ncora assai oscuro, specialmen
iare il rapporto e il nesso patoge
varie per forma e per natura, e t
dell'apparato nerveo.

Dott. Paolo Cresci-Carbonai con
paralisi pseudo-ipertrofica, molto
ne della corrente elettrica con
non tanto comune, già accen
ne e caratterizzata in principio c
vimenti dei muscoli motori dell

e degli spino-lombari, estendentesi poi anche ai muscoli degli arti superiori, indebolimento che giunge fino all'abolizione del movimento. Gli altri caratteri di tale infermità sono l'aumento di volume sia di alcuno, sia di tutti i muscoli paralizzati, e l'iperplasia del tessuto connettivo di questi, con produzione di tessuto fibroso in principio, e di vessicole adipose in un periodo più avanzato dell'infermità.

In medicina ad eccezione di discorsi inaugurali come il concetto della vita, e la scienza e l'insegnamento del Prof. Guglielmo Romiti, l'enciclopedia delle scienze discorso del Prof. Ziino, e ad eccezione della medicina elettiva di nuovo considerata del Prof. Versari, altro non mi resta da annunziarvi che a voi non sia già noto per letture avvenute nel vostro seno. Nè credo dovermi occupare delle ultime memorie di clinica medica pubblicate in varii giornali italiani dal Dott. Vitantonio Gianpietro, perchè esse sono tutte anteriori all'anno 1878, e quindi ancorchè possano avere interesse scientifico, sono fuori del compito che deve avere il presente rapporto.

Passerò a volo anche sopra la parte fisiologica, nella quale prendono la parola il Prof. Cesare Studiati con una memoria sul carattere fisiologico del tessuto adiposo, e sulle sue relazioni coll'intero organismo; il Prof. Versari con le sue obiezioni all'ultima teoria sulla causa del sonno, cioè a quella del Prof. Preyer fisiologo a Ièna e specialmente in quella parte nella quale il suddetto dichiara « che alcun fenomeno psichico, qualunque sia, non può manifestarsi, se il cervello non abbia a sua disposizione una certa quantità di ossigeno che gli è portata dal sangue; e che, se le cellule ganglionari mancano di ossigeno, le azioni cerebrali si rilassano come nel sonno. » In ultimo prende la parola in argomento di fisiologia sperimentale, il Dott. Corso con due memorie che voi ben conoscete, l'una sul Pancreas e sulla questione se digerisca in animali smilzati, e l'altra sull'influenza della Nicotina sopra l'organismo animale,

esta di
iò ebber
lpian e
una s
pure

o in pa
. Giorg
fogna i
nnali d
esso è i
l'acqu
; delle
ità di
e in du
ono ott
scine pr
essere
ile, sul
getali
re e sul
iò vi è
a in alt
questa
tere le
una q
lle citt
a conc
rreno,
non p
ri o da
rso di
ginnasti
notizi
divenu

abbiano una idea della ginnastica non come semplice passatempo, ma come mezzo che giovi all'armonico sviluppo del corpo e delle sue funzioni, sotto la guida di certe norme che la rendano veramente salutare ed igienica.

Una guida popolare per soccorrere coloro che si trovano in stato di morte apparente e in modo speciale gli asfittici, compilata dal Dott. Bartolozzi per commissione avutane dalla Confraternita della Misericordia di Pescia, dà quelle norme che devono aversi per richiamare in vita questi individui, e di quei mezzi che possono adoprarsi anche da persone che non sieno dell'arte e che si trovino in sito; descrive dettagliatamente l'utile modo di respirazione artificiale del Prof. Pacini, senza trascurare di accennare agli altri mezzi accessori che possono coadiuvarlo, e renderlo più prontamente efficace.

Il Dott. Alfonso Bos c'invia la copia di una sua conferenza tenuta all'istituto di salvataggio del Mediterraneo, di cui è vicepresidente, e intitolata primi soccorsi ai feriti. E in questo discorso, con linguaggio facile e piacevole, si occupa del modo di rialzare e trasportare i feriti specialmente nei casi di fratture, indicando i mezzi più alla mano e più semplici e dando quelle norme necessarie perchè il meno possibile ne soffra l'arto fratturato; in secondo luogo parla dei mezzi di arrestare provvisoriamente una emorragia sia con la compressione diretta, sia con l'indiretta, sia con la flessione dei membri; in ultimo dice del modo più semplice con cui può essere fatta la prima medicatura e fasciatura di una ferita.

Intorno all'ordinamento della sanità del regno parla il Dott. Pietro Castiglioni in una lettera a S. E. il ministro dell'interno, lamentando come al centro manchi una autorità medica, che si occupi di tutti gli argomenti sanitari ed igienici che possono veramente interessare la pubblica salute, e da cui si diramino alle commissioni di sanità provinciali e comunali le norme generali da se-

guirsi, le ricerche e gli studii da argomenti di medicina pubblica e di che ora sono trattati al ministero dell'arte, e lo lamenta tanto più per agli altri paesi d'oltre alpe, ove esiste centrale che in Germania si vorrebbe ministero, e in Austria, Russia e Francia da un medico consigliere della corona imperiale, da un ispettore generale di

La quale mancanza parmi si fa festa in questi momenti, se è vero che minacci la nostra frontiera al nord, varcata e senza che nessun provvedimento si sta studiando? Speriamo che non sarà troppo maturo quando il male è irreparabile sentire quell'acefalia sanitaria, se è dubitato, che l'Europa sia minacciata di Peste bubbonica, e apparisce che le maggiori potenze interessarsi al pericolo per farle argine, mentre l'Italia che fu stata una delle prime a concorrere era un'espressione geografica, ora è in ordine, che come tale si è assisa più o meno fra le nazioni sorelle, che fa? O a meglio dire dovrebbe partire l'impulso e la vita? O si dorme? Vi meravigliereste che per una commissione, s'intende prendendola di partito politico, piuttosto che quel capo di questa commissione si mette non fosse s'intende bene l'unico gerarca nel regno? E pure o signori anche le gare individuali, per i rancori personali di partito e per la caccia ai profitti nasceranno e sfumeranno come immagini finchè gli uomini che sono al gover-

tarlo, non faranno dell'onestà il loro abito, del desiderio di fare il bene del paese la loro guida, e la propria gloria non cercheranno che nel rendere l'Italia forte e ordinata all'interno e rispettata al di fuori. Sarà solo quando sottometterli alle passioni di partito e un po' anche di campanile la calma dell'uomo di governo, che potremo sperare avvantaggiarsi e migliorarsi le amministrazioni; e allora soltanto è sperabile che i ministri si persuadano di non poter tutto abbracciare; allora solo sarà sperabile che entri nei loro cervelli che la medicina pubblica, o l'igiene sociale non possono essere trattate con autorità di parole, con piena conoscenza di causa, con pronta corrispondenza di fatti e di disposizioni, altro che da persone che abbiano vissuto in mezzo alle discussioni scientifiche e alla pratica medico-chirurgica. Ma fino a quell'epoca la lettera del Dott. Pietro Castiglioni ad onta delle molto giuste considerazioni, dei lamenti molti e fondati espressi con arditezza di parola e con felicità di linguaggio, sarà una lettera morta su cui nessun ministro dell'interno getterà l'occhio, e che forse con un anno di vita è già sotterrata nella polvere degli uffici, o dimenticata nelle lunghe filze degli archivi (1). Per noi quella lettera rimarrà come un attestato di quella indipendenza di carattere, di quell'amore al bene del paese che furono i pregi principali del collega, che fu nostro socio conservatore durante il tempo che questa città fu sede del governo, poi corrispondente quando egli si recò a Roma, e la cui vita operosa in specie nei vari congressi dell'associazione medica italiana, e nella presidenza dell'associazione nazionale dei medici condotti si estinse sul finire del corrente anno.

(1). Queste parole erano scritte quando già da almeno 20 giorni si parlava della peste in Russia, e solo dopo 5 o 6 giorni che furono lette bucinò sui giornali che il ministero dell'interno si fosse svegliato e avesse preso qualche provvedimento e meditasse di porsi d'accordo colla Germania e coll'Austria per prenderne altri.

università, vedere quali mezzi offrono di studio, se alcune si prestassero a dare maggior sviluppo a una piuttosto che a un'altra facoltà, ovvero a farvi alcuni anni di studii per poi compierli in altra. Infine mi pare che lasciando stare il numero, la mente di chi sa e di chi può avere influenza ed autorità debba piuttosto rivolgersi a ciò che riguarda il buono ordinamento degli studii universitarii in genere per poi mettere in accordo gli studii inferiori con questi, e venire a un riordinamento generale dell'Istruzione inferiore e superiore. E con questo intendo di esprimere un desiderio e non di fare una critica al breve scritto del Prof. Pacini, il quale, so troppo bene non essere diretto che a combattere la proposta del Prof. Senator Magni tendente a fare sparire molte delle attuali università.

E per quest'anno o signori permettete che io vi lasci, abbastanza lieto se in poche parole mi sarà riuscito di darvi conto di quanto venne a voi inviato in dono nell'anno decorso; che se qualche memoria rimase da parte, apparirà però nell'elenco dietro al presente rapporto.

Dott. R. ZANNETTI.

ELENCO DELLE PUBBLICAZIONI

RICEVUTE IN DONO DALLA SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA
DURANTE L'ANNO 1878.

Accademia medico-chirurgica di Napoli. Resoconti delle adunanze e lavori.
Anno 1878.

AGNOLESI POMPILIO. Alla memoria di Ranieri Bellini di Pisa. Firenze 1878.

ANAGNOSTAKIS Prof. ANDREA. Encore deux mots sur l'extraction de la cataracte chez les anciens. Athènes 1878.

— Studio sopra la vista dei vecchi (in lingua greca). Atene 1878.

Atti dell'accademia medica di Roma, compilati dal Segretario Dott. Cesare Brunelli. Roma 1878.

AXEL Dott. SIGFRID ULRICH. XXI Jahres-Bericht des Schwedischen heilgymnastischen institutes in Bremen. Bremen 1878.

BARDUZZI Dott. DOMENICO. Sulla identità o non identità della difterite con la scarlattina. Firenze 1878.

— Sull'iodioforme nella terapia delle malattie veneree. Pisa 1878.

— Resoconto dell'ottavo congresso dell'associazione medica italiana, tenuto in Pisa dal 22 al 28 settembre 1878. Pisa 1878.

BARTOLOZZI Dott. DAVID. Guida popolare per soccorrere coloro che si trovano in stato di morte apparente. Genova 1878.

BORGIOTTI Dott. AMERIGO. La questione della statistica medica al congresso di Pisa. Pisa 1878.

— Corso autunnale di ginnastica in Firenze. Discorso di chiusura delle conferenze. Firenze 1878.

BOS Docteur ALPHONSE. Premier secours aux blessés, conférence faite à l'Institut de Sauvetages de la Méditerranée. Marseille 1878.

CASTIGLIONI Dott. PIETRO. Sull'ordinamento della sanità del regno. Lettera a S. E. il ministro dell'interno. Roma 1878.

CECCHERELLI Dott. ANDREA. Sopra una litotripsia e sul metodo misto nella cura delle pietre vescicali; memoria del Dott. Gio. Carlo Tempesti. Sperimentale 1878.

— Sul metodo misto nella cura delle pietre vescicali. Lettera al Dott. Giovan Carlo Tempesti. Firenze 1878.

— Sulla critica del Dott. Pellizzari al mio uretrotomo e sopra un nuovo divulsore uretrale. Nota del Dott. Giuseppe Ruggi. 1878.

1. In
Fire
Let

ran
1 ca
sizio
tra
aso
nflue

ali
AOLC

ria
son
me
pon
187

Rel
omul
Cer
stes
Sulle
onfe
e m
Sper
agli
oni.

enico
all
cenz
re i
nezi
nica
tam
la p
all
ttie
cerli
iche
rcizi

io in
men

NARDO Dott. GIOVAN DOMENICO. Prospetto analitico rischiarante l'etiologia e la diagnostica dei mali nervosi specialmente esterni e ipocondriaci. Venezia 1842.

— Annotazioni medico-pratiche sull'utilità dell'acido ossalico nelle infiammazioni della bocca, delle fauci, ec. Venezia 1841.

— Quali sieno i fatti principali che condurrebbero a supporre essere una mucedinea venefica la causa efficiente del colera asiatico. Venezia 1865.

— Sopra il potere di alcuni olii essenziali, di togliere il rancido ad alcuni olii grassi, e sopra la presenza della solanina sulla corteccia dei tuberi delle patate. Venezia 1856.

— Nota sulle ombre colorate ottenute col solo concorso di luci bianche. Venezia 1865.

NARDO Dott. LUIGI. Come si provveda a migliorare lo spedale civile di Venezia. Venezia 1863.

Onoranze a Alessandro Volta. (Inviato dal Prof. Alfonso Corradi). Pavia 1878.

Orosi (L'). Bullettino di chimica, farmacia e scienze affini, pubblicato per cura dell'Accademia chimico-farmaceutica fiorentina, Anno 1878.

PACINI Prof. FILIPPO. Risposta al chiarissimo Sig. Dott. Raffaello Zannetti, segretario delle corrispondenze della società medico-fisica. Firenze 1878.

— Sulla questione universitaria; avvertenze. Firenze 1878.

PELLIZZARI Dott. CELSO. Il Tayuya come antisifilitico. Firenze 1878.

PERUZZI Dott. DOMENICO. Storia di due ovariotomie. Forlì 1878.

— La prima centuria d'ovariotomie in Italia. Forlì 1878.

— Sulla quadrilustre pratica in ovariotomia del Dott. T. Spencer Wells. Forlì 1878.

PICCININI Prof. RAFFAELLO. Storia di una pietra saccata estratta mediante la cistotomia perineale. Firenze 1878.

RIZZOLI Prof. FRANCESCO. Apprezzamento della Gastrotomia, nota. Bologna 1878.

ROMEI Farmacista GIUSEPPE. Intorno un nuovo metodo per riconoscere l'acido salicilico aggiunto fraudolentemente al solfato di chinina, e modo di determinarne la quantità. Firenze 1878.

ROMITI Prof. GUGLIELMO. La scienza e l'insegnamento: prelezione di anatomia umana. Firenze 1878.

— Il concetto della vita; discorso inaugurale per la riapertura degli studi nella R. Università di Siena. Siena 1878.

ROSTER Dott. GIORGIO. Notizie sull'uso delle acque di fogna nell'interesse dell'agricoltura. Roma 1876.

Società medico-chirurgica di Ferrara. Resoconti di adunanze. 1878.

STUDIATI Prof. CESARE. Sul carattere fisiologico del tessuto adiposo e sulle sue relazioni coll'intero organismo. Pisa 1878.

TEMPESTI Dott. GIO. CARLO. Memorie sopra una litotrizia e sul metodo misto nella cura delle pietre vessicali. Livorno 1878.

TOMMASI Dott. TOMMASO. Studi accademici e necrologio. Firenze 1878.

— Poche parole sul modo di preparare il Koumis. Firenze 1878.

— I metodi volumetrici dell'Yvon e del Regnard a confronto del metodo delle pesate per la valutazione dell'urea. Firenze 1878.

Università di Pavia. Soscrizione :
Porta. Luglio 1878.

VERSARI Prof. CAMMILLO. La medici

— Scorsa seconda sull'Antropoaut

— Obiezioni all'ultima teoria sull

VITANTONIO Dott. GIAMPIETRO. Meni

— Intorno un'epidemia di febbri

— Il salasso nella febbre. Milano

— Sul diabete mellito.

— Gangrena polmonale.

— Ancora una parola sulla difter

— Risposta ad una nota critica d
la febbre reumatica ed il tifi

— Diarrea cronica dei fanciulli e

— Sulla contagiosità della tisi. G

— Osservazioni cliniche. Genova 1

— L'isterismo. (Dalla nuova Ligt

— L'ileo-tifo. Napoli 1875.

— Alcune osservazioni pratiche in
Genova 1878.

— Poche osservazioni sulla pneu
rimentale).

— Caso di polidipsia e poliuria p

— La febbre reumatica e il tifi

— Opuscoli estratti dal giornale

ciò: *Lettera al Prof. Polli o*

Sulla febbre periodica com

— Nota sul tifo petecchiale. Nap

— Intorno a taluni morbi acuti fe

— L'erpetre e lo sciroppo anti

Signor Antonio Cirielli. Nap

WASSER Doct. AD. De l'opératio
ovarique. Bruxelles 1878.

— Deuxième observation d'opérati
ovarique. Bruxelles 1878.

— Du crochet mousse articulé. Li

ZANNETTI Prof. FERDINANDO. La tr
mata nella pratica dell'alta

ZANNETTI Dott. RAFFAELLO. Rappor
nell'anno 1877. Firenze 1878

ZUINO P.^r GIUSEPPE. L'enciclopedia d

INDICE

Adunanza pubblica solenne del 27 gennaio 1878. Pag. 3

Prima adunanza pubblica del 10 febbraio.

BRIGIDI Dott. VINCENZO. Sulla ipermegalia. » 4

TAFANI Dott. ALESSANDRO. Alcuni casi di edema della retina . . . » 7

Discussione sulla memoria Tafani » 7

Seconda adunanza pubblica del 17 marzo.

ROMEI Farm. GIUSEPPE. Sostituzione del chinino per acido salicilico » ivi

TEMPESTI Dott. GIOV. CARLO. Storia di un caso assai importante di litotrizia » 9

Discussione sulla memoria Romei » 11

Discussione sulla memoria Tempesti » 12

Terza adunanza pubblica del 21 marzo.

Nomina di una commissione per rappresentare la Società alla inaugurazione della statua dedicata al sommo Alessandro Volta. . » 16

ROSTER Prof. GIORGIO. Sulle acque di fogna. » ivi

TEMPESTI Dott. GIOV. CARLO. Del metodo misto nella cura dei calcoli vescicali » 18

Discussione sulla memoria Tempesti » 22

Quarta adunanza pubblica del 14 aprile.

ROSTER Prof. GIORGIO. Dei metodi di analisi e dei modi di investigazione per giudicare la purezza e la salubrità delle acque. . » 25

BARDUZZI Dott. DOMENICO. Sulla identità o non identità della difterite colla scarlattina » 28

ROMITI Prof. GUGLIELMO. Sopra un caso di epilessia consecutiva ad azione traumatica sul capo	PAG. 57
Discussione sulla memoria Romiti	» ivi

Undicesima adunanza pubblica del 17 novembre.

FILIPPI Dott. ANGIOLO. Sul modo di agevolare la missione del perito medico nelle questioni del foro.	» 58
GRASSI Dott. ERNESTO. Sulla rottura del sacco amniotico durante la gravidanza.	» 61
Discussione sulla comunicazione Filippi.	» 62

Dodicesima adunanza pubblica del dì 8 dicembre.

BOSI Dott. PIETRO. Sul Kamala come tenifugo.	» 63
MARCACCI Dott. GIORGIO. Cura chirurgica in un caso di acne elefantico del naso	» ivi
Discussione sulla memoria Marcacci	» 64

Adunanza solenne del 26 gennaio 1879.

TOMMASI Dott. TOMMASO, segretario degli atti. Rapporto generale dei lavori accademici dell'anno 1878, e necrologio del Cav. Dottor Luigi Calosi	» 67
ZANNETTI Dott. RAFFAELLO, segretario delle corrispondenze. Rapporto generale sulle pubblicazioni pervenute in dono alla Società, durante l'anno 1878	» 95
Elenco delle pubblicazioni ricevute in dono dalla Società, durante l'anno 1878	» 113



•

•

•

ATTI
DELLA
SOCIETÀ MEDICO-FISICA
FIORENTINA

COMPILATI DAL SEGRETARIO

Dott. TOMMASO TOMMASI

Anno Accademico 1879-80

FIRENZE
TIPOGRAFIA CENNINIANA

—
1880

ATTI ACCADEMICI
DELLA
SOCIETÀ MEDICO-FISICA
FIorentINA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA

ADUNANZA PUBBLICA SOLENNE

DEL DI 26 GENNAIO 1879.

Alla Presidenza, il Dott. V. BRIGIDI, Vice Presidente.

Sono presenti il Socio onorario Prof. Ferdinando Zannetti, ed i Soci conservatori Dottori Dainelli, Zannetti Raffaello, Tommasi, Filippi, Marcacci, Grilli, Faralli, Grassi, Romei, Ceccherelli, Tafani, Stacchini ed il Vice Segretario degli Atti.

Il Segretario degli Atti, Dott. Tommaso Tommasi, legge il riassunto dei lavori accademici ed il necrologio del Socio defunto Dott. Calosi.

Il Segretario delle Corrispondenze, Dott. Raffaello Zannetti, legge il rapporto delle opere inviate in dono alla Società, e un cenno necrologico del Dott. Pietro Castiglioni, Socio corrispondente.

Dopo queste letture, l'Adunanza Solenne è sciolta alle ore 2 pom.

V. Il Presidente
Prof. G. PELLIZZARI.

Il V. Segretario
Dott. C. PELLIZZARI.

PRIMA ADUNANZA PUBBLICA ORDINARIA

DEL DÌ 9 FEBBRAIO 1879.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti: il Socio onorario Prof. Zannetti, ed i Soci conservatori Dott. Brigidi Vice Presidente, Romei, Zannetti Raffaello, Tommasi, Faralli, Marcacci, Grilli, Turchini, Ceccherelli, Grassi, Billi, e il Vice Segretario degli Atti.

Letto e approvato il processo verbale dell'ultima Adunanza, il Dott. Brigidi legge una sua memoria intitolata: — *Delle alterazioni della midolla nel tetano.* — Egli incomincia ricordando essere stata opinione divisa fra valenti medici e chirurghi al principio del nostro secolo che l'infiammazione delle meningi e della midolla fosse la causa prossima del tetano. Questa stessa opinione venne dipoi avvalorata dalle ricerche istologiche del Rokytansky, del Demme, di Wunderlich, del Concato, dell'Ercolani ecc., e più recentemente dalle altre di Clarcke, Micaud e di Elischer.

Riferisce sommariamente le alterazioni dagli accennati autori rinvenute nella midolla, e passa quindi a confutare quelle dei tre ultimi, mostrando le stesse alterazioni da essi descritte, in diversi preparati di midolla appartenente ad individui morti per tutt'altra malattia. Dopo di ciò espone il risultato delle proprie osservazioni in due casi di tetano, uno reumatico e l'altro traumatico; presentando non poche sezioni di midolla spinale ad essi

relative, le quali al microscopio non lasciano vedere altre particolarità degne di nota ad eccezione della iperemia.

A questo punto il Dott. Brigidi ricorda le varie opinioni emesse intorno al valore patologico di un tale elemento morboso e d'accordo col Vulpian lo ritiene secondario alla irritazione della midolla per la quale si ha lo sviluppo del tetano.

Le osservazioni del Dott. Brigidi non si limitano soltanto a quelle ricordate, ma si estendono altresì ad altre relative al tetano stricnico. Egli ricorda come dai moderni fisiologi fosse posto fuori di dubbio che nell'avvelenamento per la stricnina si ha aumento di tensione nelle grandi arterie, per la contrazione della tunica muscolare specialmente dei piccoli vasi; ed in conseguenza di ciò si poneva il quesito, se nel tetano stricnico si avesse l'anemia anzichè la congestione. A risolvere questo quesito egli, istigato anche dal suo ottimo amico Dott. Filippi, fece moltissime ricerche sul midollo spinale allungato di quattro conigli, in due dei quali era stato provocato l'avvelenamento stricnico acuto, e negli altri due l'avvelenamento stricnico acutissimo. I risultati di tali ricerche, dice il Brigidi, posero fuori di dubbio che non può stabilirsi alcuna differenziale fra quest'ultima specie di tetano e quello traumatico.

Finalmente il Dott. Brigidi per offrire materia a discussione espone il proprio parere intorno alla patogenesi del tetano. Ricorda che le teorie le quali con varia alternativa hanno avuto trionfo nella scienza sono la *umorale* e la *dinamica*. Egli crede che ciascuna di esse sia insufficiente alla spiegazione dei singoli fatti che si avverano nella pratica e perciò ritiene che ambedue le teorie siano vere entro certi limiti. A sostegno della sua tesi riunisce in cinque gruppi i fatti clinici relativi al tetano e fa vedere come mentre alcuni di essi si spiegano assai bene con la dottrina dinamica, quali a mo' di esempio quei casi

in cui si è avuta la guarigione per la nevrotomia, altri invece, come sarebbero alcuni esempi di tetano reumatico ed il tetano stricnico, si spiegano meglio ammettendo una alterazione primaria del liquido sanguigno.

Terminata la comunicazione del Dott. Brigidi, il Socio Dott. Romei presenta alla Società, a nome del Chimico Nestore Prota-Giurleo Direttore della farmacia della Luce in Napoli, una *relazione sul ferro dializzato Bravais* e accenna come da tale relazione si venga a conoscere che per le analisi chimiche tale preparato non consti di solo sesquiossido di ferro, ma di un composto di tale preparato e di un albuminato di ferro. Egli dice inoltre di aver ripetute le analisi e di aver trovato giusto l'appunto del Prota-Giurleo.

Presenta quindi un altro preparato dello stesso chimico che corrisponde perfettamente al ferro dializzato Bravais e che è messo in commercio a molto miglior mercato. Il Socio Dott. Romei offre alla Società, a nome del Sig. Prota-Giurleo, la relazione scritta e il campione del nuovo preparato nel caso che la Società stessa volesse fare ripetere gli esami.

Aperta la discussione sulla memoria letta dal Dottor Brigidi, prende la parola il Prof. Zannetti il quale fa osservare che stando a certi trattati di chirurgia militare vi sarebbero alcuni fatti per provare come il tetano possa svilupparsi per cagioni puramente reumatiche: dice che dei militari i quali erano andati esposti a varie altre cause presuntive di tetano, come impressioni morali, non furono colti da tale malattia che dopo un repentino cambiamento di stagione.

Il Dott. Brigidi accetta che la sola causa reumatica possa essere sufficiente in certi casi a determinare il tetano, ma appunto nei militari in tempo di guerra sogliono essere molteplici le cagioni capaci di indurre tale stato morboso.

Chiusa la discussione sulla memoria del Dott. Brigidi e nessuno prendendo la parola sulla comunicazione fatta dal Socio Dott. Romei, la seduta pubblica è sciolta.

V° *Il Presidente*

Prof. G. PELLIZZARI.

Il V. Segretario

Dott. C. PELLIZZARI.

SECONDA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 16 MARZO 1879.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, Presidente.

Soci presenti: Pellizzari Celso, Ceccherelli, Agnolesi, Grilli, Marcacci, Corso, Dainelli, Romei, Brigidi, Grossi, Stecchini, Bertini, Zannetti Raffaello, e il Socio onorario Prof. Ferdinando Zannetti.

Ha la parola il Prof. Pompilio Agnolesi, che comunica verbalmente alla Società alcune sue ricerche sulle sofisticazioni e impurità dell'amido, del collodione e del magistero di solfo. — Nel primo dei suddetti casi avrebbe riscontrato il *borace*, la *soda*, gli *ipocloriti*, il *solfato di calcio*, l'*acido solforico libero*, l'*ossalico*, e lo *stearico*. — Nel secondo, specialmente l'*acido solforico*, che riguarderebbe più come impurità, che come sofisticazione. — Finalmente avrebbe trovato nel magistero di zolfo, fino al 40 e 50 su 100 di solfato di calce, anch'esso dipendente dal modo di fabbricazione, ma forse anco da un'adulterazione.

Successivamente ha la parola il Dott. Guido Banti il quale parla delle pneumoniti che dominarono in Firenze durante l'inverno e la primavera del 1877-78. Ne ricorda innanzi tutto i principali caratteri clinici, che furono: diffusione epidemica, prevalenza dei fenomeni generali sui

locali, tendenza all'adinamia e ad assumere quel particolare stato detto *tifoso*, con esito spesso *letale*. — Passa poi ad esaminare le alterazioni anatomiche macroscopiche e microscopiche e queste alterazioni egli le divide in tre periodi: il primo caratterizzato da abbondante trasudazione sanguigna intra ed extralveolare; il secondo dalla proliferazione dell'epitelio degli alveoli, e dell'endotelio interposto tra i fasci costituenti le tramezze interalveolari; il terzo dalle metamorfosi regressive subite dall'essudato prodottosi.

Mostra quindi come anatomicamente e clinicamente questa forma di polmonite differisca da tutte le altre infiammazioni degli organi respiratori e costituisca perciò un gruppo speciale.

Cercando allora di spiegare la più probabile etiologia riassume le opinioni moderne sulle cause delle polmoniti e si sente inclinato ad adottare quella di coloro che ammettono due forme di pneumoniti, una delle quali sarebbe malattia locale, l'altra generale. A questo gruppo di pneumoniti infettive apparterrebbero quelle che dominarono in Firenze e nei vicini paesi nell'anno 1877-78. A convalidare tale opinione dimostra come nessuna delle cause note valga a spiegare i tre caratteri fondamentali del morbo cioè: diffusione epidemica, andamento clinico speciale, speciali lesioni anatomiche. Dimostra anche come quelle pneumoniti avessero tutti i caratteri delle malattie infettive. La natura però del miasma specifico dice di non potere precisarla e non vuole perciò abbandonarsi ad inutili ipotesi.

V^o *Il Presidente*
Prof. G. PELLIZZARI.

Il Segretario
Dott. T. TOMMASI.

TERZA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 30 MARZO 1879.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, Presidente.

Soci presenti: il Vice Presidente Dott. Brigidi, il Socio onorario Prof. Ferdinando Zannetti e i Soci ordinari, Prof. Paoli, Dott. Corso, Zannetti Raffaello, Bertini, Bosi, Marcacci, Tommasi, Filippi, Ceccherelli, Turchini, Grassi, Stacchini, Grilli, Faralli, Prof. Paganucci e il Vice Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo verbale ha la parola il Socio Prof. Cesare Paoli il quale legge una memoria *sull'occhio considerato come strumento necessario per lo sviluppo dell'intelligenza*. Incomincia col riportare la storia di un cieco *a nativitate* che venuto nella Clinica Oftalmologica di questa Scuola or sono tre anni, venne da lui operato per una cateratta doppia completa. Previa alcune considerazioni per le quali viene a concludere che egli non può ritenere come ammissibile la dottrina delle cognizioni innate; entra a parlare delle particolarità che questo caso offrì avanti e dopo l'operazione. Su queste specialmente si ferma che furono moltissime e moltiplicate ad arte per conferma della sua tesi.

Descritto così minutamente il caso ne trae le conclusioni seguenti:

Che il cieco *a nativitate* acquistando la vista bisogna che provveda non tanto allo sviluppo delle nuove sensazioni che prova quanto alla intuizione.

Che avanti di vedere bisogna che impari a vedere.

Che i primi effetti che si notano dopo aver acquistata la vista non sono slanci di gioja, espansioni frenetiche ec. ma timore, dubbio, quasi spavento di trovarsi in mezzo a

cose non conosciute e che solo dopo l'intelligenza educata fa conoscere l'errore.

Passato quindi a delle considerazioni sulle azioni del cervello e dell'organo visivo e messa in relazione la vita intellettuale con la funzionalità dei sensi viene a concludere: che i sensi sono quelli che ci portano ad avere le idee essenziali per lo sviluppo della mente e che l'occhio di preferenza ne è lo strumento indispensabile.

Terminata la lettura del Prof. Paoli ha la parola il Dott. Corso il quale espone la critica sullo studio fisiologico intorno alle cause del parto del Sig. Dott. Maggia.

Il Dott. Corso nota per prima cosa come secondo la sua opinione il Dott. Maggia abbia trattato con troppa leggerezza le spiegazioni date da tanti autorevolissimi osservatori del meccanismo del parto. Onde crede che egli non sia uscito a combattere con efficacia quelle varie spiegazioni.

Entra quindi ad esaminare la nuova teoria emessa dal Dott. Maggia che sia cioè il calore la causa efficiente del parto: e trova che questa teoria oltre ad avere molto debole il fondamento teoretico manca nelle ricerche del Dott. Maggia anche di una seria base di osservazioni. Egli trova che il Dott. Maggia ha precipitato nelle sue conclusioni e che non si è nemmeno barricato contro gli attacchi che gli potevano venire con delle osservazioni, molto complete, molto esatte e molte volte ripetute come l'esigeva l'importanza dell'argomento che aveva in mente di provare.

Dice di avere incominciato degli esperimenti in questa via e accenna qualche primo tentativo fatto, ma crede di doversi riserbare a più tardi di dare la sua opinione circa alla causa più possibile del parto.

Aperta la discussione sulla lettura fatta dal Prof. Paoli e nessuno prendendo la parola si passa alla discussione dell'esposizione verbale del Dott. Corso.

Il Socio Dott. Filippi dice poche parole sulla convenienza o meno di discutere tale comunicazione e crede che si debba poter rimettere la discussione ad altra adunanza quando il Socio Dott. Corso avrà formulata la sua opinione in proposito.

Dopo una breve discussione alla quale prendono parte il Dott. Corso, Prof. Paoli, Dott. Grilli e Dott. Grassi, il Presidente crede di dover mettere ai voti la proposta del Dott. Filippi di rimandare ad altra adunanza la discussione di quel che ha comunicato il Dott. Corso, molto più che da questi è stato dichiarato che gli studi in proposito non erano ancora finiti.

La chiusura della discussione è approvata non essendo contrari che due soli votanti e l'adunanza è sciolta.

V. *Il V. Presidente*
Dott. V. BRIGIDI.

Il V. Segretario
Dott. C. PELLIZZARI.

QUARTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 27 APRILE 1879.

Alla Presidenza, il Dott. V. BRIGIDI, Vice Presidente.

Sono presenti: il Socio onorario Prof. Ferdinando Zannetti, ed i Soci ordinari Prof. Burresi, Prof. Paoli, Dottori Zannetti Raffaello, Filippi, Celoni, Tafani, Dainelli, Faralli, Turchini, Grassi, Grilli, Ceccherelli, Stacchini ed il Vice Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo Verbale dell'Adunanza del 30 marzo, ha la parola il Prof. Pietro Burresi, il quale legge una memoria sull'*Enfisema polmonare e vizio cardiaco curati con l'Aeroterapia*.

Dopo aver accennata all'importanza che va prendendo l'aereoterapia ed anco notata la mancanza di stabilimenti pneumatici in Italia che cominciano soltanto ora a comparire, parla degli inconvenienti delle camere pneumatiche e delle ragioni che ne impediscono una applicazione più generale, e che hanno condotto all'uso dei varii apparecchi portatili.

In poche parole parla dell'apparecchio di Waldenburg e della sua maniera di agire e dello spirometro come strumento di misurazione della capacità respiratoria.

Dà quindi un cenno degli effetti fisiologici e terapeutici dell'aria compressa, che dice doversi considerare non solo riguardo alla quantità inspirata, ma anche alla sua pressione e passa anche in rivista gli effetti della *espirazione nell'aria rarefatta*, che dà come effetto ultimo un *aumento della capacità e una maggiore ventilazione polmonare e un più attivo ricambio gassoso respiratorio*.

Esamina quindi l'azione della aereoterapia nella circolazione e viene alle conclusioni seguenti: per la inspirazione d'aria moderatamente condensata e successiva espirazione nell'atmosfera comune ha luogo da prima *una diminuzione della quantità del sangue nelle vene della piccola circolazione e nel sistema venoso generale, quindi un aumento della quantità di sangue nelle arterie della piccola circolazione e nel sistema aortico, e così una maggiore attività circolatoria generale*: e per la espirazione nell'aria rarefatta e successiva inspirazione dell'aria atmosferica, si ha *accrescimento da prima della quantità di sangue nel sistema arterioso della grande e della piccola circolazione e diminuzione dipoi della quantità del sangue nel sistema venoso della piccola e grande circolazione, nel complesso una maggiore attività circolatoria generale*.

Dopo brevi considerazioni a sostegno della sua tesi riporta due casi di individui curati nella Clinica di Firenze. Il primo caso concerne un uomo di 49 anni ammesso nella

Clinica il 2 maggio 1878, e nel quale diagnosticato l'enfisema polmonare con lieve ipertrofia del cuore destro, catarro bronchiale e ateromasia arteriosa, si ricorse alla aereoterapia facendo pure all'ammalato due o tre inspirazioni d'un gazometro d'aria condensata ogni giorno, seguite subito dalle espirazioni nell'aria rarefatta: ricorrendo anche al medesimo compenso ogni volta che egli sentivasi minacciato dall'accesso ortopnoico.

Gli effetti utili che se ne ebbero furono moltissimi, però l'autore dovè convincersi che mentre la funzionalità polmonare era aumentata, l'enfisema non erasi dileguato, ed a questo proposito egli dice che contrariamente a quel che hanno osservato Waldenburg, Sommerbradt e Schnitgler, non gli è mai riuscito con l'aereoterapia di ottenere la guarigione in nessuno dei molti casi di enfisema da lui curati. E conclude dicendo che l'aereoterapia è un mezzo di cura indiretta in primo luogo sintomatica per prevenire, o mitigare, o arrestare gli accessi ortopnoici, in secondo luogo capace di accrescere e migliorare la vitalità e funzionalità polmonare e quindi è forse il miglior soccorso terapeutico dell'enfisema.

Il secondo caso riguarda una donna di 29 anni, ammessa nella Clinica il 14 novembre 1878, e nella quale si diagnosticò un doppio vizio mitrale e aortico con ipertrofia eccentrica prevalente sul ventricolo sinistro e ipostasi polmonare bilaterale, e si prescrisse per sola cura la pneumoterapia.

Gli effetti di questa cura furono miracolosi tanto che la malata lasciava l'8 dicembre la Clinica in apparente salute. E a questo proposito il prof. Burresi chiude la sua comunicazione notando: il sollievo immediato che la malata ritrasse fino dalle prime sedute, onde tal mezzo dovrebbe raccomandarsi anche come semplice palliativo contro l'abituale ambascia dei cardiaci; la sollecitudine col quale si potè riordinare il gravissimo squilibrio di circolo, fatto che

fu notato in moltissimi altri cardiaci, talchè da non breve tempo ricorre, insieme ad altri compensi terapeutici, alla pneumoterapia nella cura di tali malattie.

Terminata la lettura del Prof. Burresi, il Vice-Segretario comunica alla Società uno scritto del Dott. Welponer di Trieste, assistente alla Clinica Ostetrica e Ginecologica del Prof. Carlo Braun di Vienna, sulla ovaro-isterotermia come complemento di taglio cesareo. L'autore comincia dal fare la storia di questo metodo riportandone tutto il merito al Prof. Porro di Pavia. Accenna ai grandi vantaggi che questo metodo ha su quello del taglio cesareo semplice. Riporta quindi tre istorie relative a donne che vennero operate con tal metodo nella Clinica del Braun, due con esito favorevole ed una sfavorevole. Accenna come in questo ultimo caso le condizioni della donna erano tali da prevedere l'esito infausto, e nota l'importanza che questi due successi hanno per la scuola di Vienna, essendo i primi che si sono ottenuti col taglio cesareo. Nel riferire le tre operazioni descrive il metodo operatorio impiegato e le cautele dalle quali si circondò l'operatore per ottenere un esito favorevole. Il lavoro si chiude con una statistica dei casi fin qui pubblicati di tale operazione, dalla quale risulta che si sarebbe ottenuto il 50 % di guarigioni.

Nessuno prendendo la parola sopra le diverse comunicazioni, la seduta è sciolta.

V^o *Il Presidente*
Prof. G. PELLIZZARI.

Il V. Segretario
Dott. C. PELLIZZARI.

QUINTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 18 MAGGIO 1879.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti il Socio Onorario Prof. Ferdinando Zannetti, il V. Presidente Dott. Brigidi, ed i Soci conservatori Prof. Paganucci, Dottori Zannetti Raffaello, Pegna, Tafani, Marcacci, Faralli, Bosi, Celoni, Ceccherelli, Turchini ed il Vice Segretario degli Atti.

Il socio Dott. Enrico Pegna fa una lettura *sulla presenza dell'arsenico nei prodotti di combustione di alcune candele*. Dopo aver posta brevemente la storia delle difficoltà incontrate dagli industriali per preparare il cotone destinato alle candele che non sono costituite di pura cera, richiama l'attenzione dei Soci sul fatto che alcuni fabbricanti di cera per preparare le candele di cera mista a paraffina, a stearina od a cerogene, fanno uso di un liquido chiamato *arsenico liquido per le arti* che l'Autore ha analizzato e ritrovata essere una soluzione d'arseniato alcalino.

Nei lucignoli così preparati si può riconoscere la presenza del composto arsenicale separandoli dalla sostanza grassa e quindi immergendoli in una soluzione di nitrato d'argento.

L'Autore ha ricercato se l'arsenico in tali casi viene riversato nell'atmosfera ed avendo ritrovato che anche variando le condizioni nelle quali brucia una candela si hanno, se il lucignolo è arsenicato, dei prodotti di combustione pure arsenicali, propone che il nuovo sistema di immergere i lucignoli nell'arsenico liquido, sia considerato come un sistema contrario alle regole dell'igiene tanto più

che nessuna necessità lo impone, potendosi ottenere delle candele di cera mista, perfette sotto ogni rapporto, senza bisogno di fare uso di lucignoli arsenicali.

Terminata la lettura del Dott. Pegna ha la parola il Socio Dott. Tafani il quale fa una comunicazione *sulle terminazioni nervose nella pelle umana*. Il Dott. Tafani dopo aver ricordato le opinioni più recenti e più accreditate relativamente alle terminazioni nervose nella pelle umana passa ad esporre i risultati da esso ottenuti in proposito. Avverte prima di tutto che egli si è di preferenza servito dell'acido osmico oppure di cloruro d'oro puro e leggermente acido. Egli distinguendo le terminazioni nervose in intra-dermiche ed in epidermiche si ferma a parlare quasi esclusivamente delle prime. Egli sostiene con Langerhaus che la fibra che penetra in un corpuscolo di tatto non vi perde la mielina appena lo ha raggiunto, ma soltanto dopo aver compiuto un tragitto a spirale. Dice inoltre che anche quando la fibra nervosa ha perso la mielina essa la riacquista più qua e più là fino anche nelle sue ultime terminazioni. Questo fatto è desunto dal modo speciale con cui rispondono all'azione dell'acido osmico le terminazioni nervose dei corpuscoli Meisneriani. La fibra nervosa nell'atto in cui perde la guaina midollata, come rivestimento continuo, si divide in più filamenti i quali terminano poi in altrettanti corpuscoli ora sferici ora di aspetto piriforme ed ora foggianti a bastoncelli. Egli ha potuto anche notare che esistono anastomosi fra le une e le altre di tali terminazioni, come presso a poco nelle placche motrici.

Relativamente poi a quanto ultimamente ha descritto Renault col nome di dischi tattili egli dice non potersi trovare concorde con esso, giacchè non ha potuto mai vedere organi foggianti a disco in alcuno dei suoi preparati. Egli ha veduto solamente alcuni elementi terminali piriformi situati obliquamente o trasversalmente nei cor-

puscoli tattili. Riguardo poi al modo di comportarsi delle guaine della fibra nervosa egli ammette che le medesime l'accompagnino almeno per un gran tratto nei suoi giri spirali e che finalmente assottigliandosi vengano a lasciare libere le ultime terminazioni. Questa disposizione viene desunta in gran parte dalla distribuzione dei nuclei nel corpuscolo di Meisner e dal non ammettere più che la guaina di Henle formi una cassula esterna al corpuscolo stesso.

Finalmente, mentre non può escludere le terminazioni intra-epidermiche descritte da Langerhaus perchè una osservazione positiva non può venire annullata da molte osservazioni negative, egli si meraviglia tuttavia di non aver veduto nei suoi preparati, d'altra parte felicissimi, una sola di siffatte terminazioni.

Il Dott. Tafani presenta alla Società a corredo della sua esposizione alcuni preparati microscopici.

Non avendo luogo la discussione sopra alcuna delle due comunicazioni la seduta è sciolta.

V. Il Presidente

Prof. G. PELLIZZARI.

Il V. Segretario

Dott. C. PELLIZZARI.

SESTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 25 MAGGIO 1879.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti il Socio onorario Prof. Ferdinando Zannetti, il Vice Presidente Dott. Brigidi ed i Soci conservatori Prof. Paganucci, Dottori Campani, Celoni, Tommasi, Bosi, Nesti, Ceccherelli, Faralli, Marcacci, Filippi, Pegna, Turchini, Grilli ed il Vice Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo verbale dell'Adunanza passata, il Socio Dott. Campani fa *alcune considerazioni sopra una memoria del Dott. Magilot che tratta dell'erosione dei denti*, e comincia dal trovare improprio il modo di chiamare erosi quei denti la cui corona è formata a chiazze, con rilievi e con fori posti in linea o nell'esterno della corona interna con quelle alterazioni che i medici ritengono proprie della rachitide, mentre per erosione si dovrebbe intendere quella alterazione che è conseguenza dell'uso, della vecchiaja, di alcune malattie e di agenti chimici. Intesi così dal punto della terminologia il Dott. Campani si trova d'accordo nell'ammettere che questa anomalia o difetto di formazione è avvenuto durante la vita intrafollicolare e come effetto di sconcerto generale dell'economia.

Passa in rivista il modo ed il tempo in cui avviene il deposito adamantino e come accade che sia disturbata nella sua formazione la zona dello smalto. Quanto alle cause che presiedono a questa anomalia per difetto di formazione l'autore esclude i vizii congeniti come la sifilide e la scrofola ec.

Accenna come il Dott. Magilot attribuisca questa anomalia per difetto di formazione alla eclampsia, perchè dice che nell'accesso convulsivo resta sospesa la secrezione adamantina e che da questa sospensione nasce una specie d'interruzione non andando di pari passo la secrezione adamantina o smalto con quella dell'avorio o dentina.

Il Campani nega che ciò avvenga solo nei convulsionarii, dopo aver osservato che non tutte le forme convulsive dei bambini sono eclampsia. Egli dice che tutte quelle cause che disturbano i processi assimilativi nei bambini, danno ai denti della seconda dentizione o permanente l'anomalia in discorso. Parla pure delle qualità del latte e dice d'aver notato tale anomalia nei bambini che avevano avuto molte balie o che avevano preso latte da donna incinta.

Sarebbe soltanto in questo periodo di formazione dello smalto che la imperfetta nutrizione secondo il suo grado e la sua durata darebbe luogo a tale anomalia in più o meno alto grado.

In quei denti infatti che si sviluppano più tardi del periodo d'allattamento, se il bambino è stato messo a carne e cibo nutritivo, l'anomalia manca.

Terminata la lettura del Dott. Campani ha la parola il Dott. Brigidi.

Il Socio Brigidi presenta una serie di preparati istologici della midolla spinale relativi ad un caso di *paralisi infantile* e ad un altro di *tabe dorsale spasmodica*.

Rispetto alla paralisi infantile, dice il Brigidi, essere oggigiorno tutti i medici concordi nel riporre lo stato morboso di questa malattia nella midolla spinale e precisamente nelle corna anteriori, le quali si atrofizzano mentre le cellule gangliari vengono ad essere distrutte. L'unica quistione tutt'ora rimasta insoluta consiste nel sapere se la distruzione delle cellule nervose è primitiva, come vuole Charcot, o secondaria alla iperplasia del connettivo, come pensano i Signori Rouger e Damaschino.

Nel caso che ebbi opportunità di studiare, dice il Brigidi, non si poteva pensare a contribuire per la soluzione di tale questione, essendochè la malattia datava da moltissimi anni.

Nei suoi preparati, oltre all'atrofia delle corna anteriori nella porzione lombare della midolla, si vede il reticolo connettivale della sostanza bianca tutto più o meno notevolmente ingrossato. Questo fatto in relazione al rimpicciolimento della midolla, ritiene il Brigidi, che sia conseguenza della distruzione di un numero rilevante di fibre nervee successive alla scomparsa dei centri trofici delle stesse. Per tale distruzione venendo ad indebolirsi il naturale sostegno ai vasi, questi si rendono iperemici e sovra nutriscono il connettivo.

Nei casi molto antichi di paralisi infantile, ricorda il Brigidi, non essere difficile che il lavoro morboso della sostanza grigia passi alla sostanza midollare o che si abbiano altre complicate morbose. E nel caso cui si riferiscono i suoi preparati, eravi infatti la sclerosi dei cordoni posteriori nel luogo ove si producono le degenerazioni ascendenti. Ma ciò che rende questo caso affatto eccezionale e meritevole della nostra considerazione consiste nel fatto che *ogni maniera di sensibilità era normale*.

Venendo a parlare della tabe dorsale spasmodica, il Brigidi dice che la sclerosi simmetrica primitiva dei cordoni laterali in questa malattia, fu indotta ma non dimostrata. Anzi Petres nel 1877 riferendo i risultati della necropsia eseguita sopra una malata che Charcot aveva dichiarata affetta da tabe dorsale spasmodica, aveva ingenerato il dubbio intorno alla essenzialità di quest'affezione. In quella occasione, invece di trovare la sclerosi simmetrica dei cordoni laterali, fu trovata la sclerosi a placche. Soltanto l'anno passato per opera di Stoffella di Vienna venne fatto conoscere un caso di sclerosi primitiva dei cordoni laterali. Ma questa osservazione ha perduto gran parte del suo valore dopo che il Sig. Ricklin fece notare non essere stato esaminato il cervello e trascurato l'esame al microscopio della midolla.

L'anno passato, dice il Brigidi, avendo eseguita l'autopsia di un uomo proveniente dal turno Morelli, morto a quanto dicevasi di tabe dorsale spasmodica, portò la più grande diligenza possibile nell'esame dell'asse cerebro-spinale, e mentre in tutta la lunghezza della midolla potei osservare un colorito grigio in corrispondenza dei cordoni laterali, nell'encefalo non mi fu dato di apprezzare la più piccola alterazione. Esaminati dipoi al microscopio la midolla, il midollo allungato ed il ponte di Varolio, potei verificare che la sclerosi simmetrica dei cordoni laterali era realmente più estesa nella regione lombare che

nel midollo allungato e mancava affatto nel ponte di Varolio. Termina il Brigidi col far voti perchè presto sia data alla luce la storia clinica di questo caso che ei dichiara l'unico concludente al giorno d'oggi a sostegno della affezione primitiva dei cordoni laterali.

V° Il Presidente

Prof. G. PELLIZZARI.

Il Segretario

Dott. T. TOMMASI.

SETTIMA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 22 GIUGNO 1879.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti i Soci Brigidi, Corso, Zannetti Ferdinando, Bosi, Bettini, Del Greco, Ceccherelli, Marcacci, Grassi, Filippi, Pellizzari Pietro, Billi e il Segretario degli Atti.

Ha la parola il Dott. Francesco Corso, che comunica verbalmente alcuni suoi esperimenti sulla pressione sanguigna del cuore e dei grossi vasi.

Ecco il sunto di quanto Egli riferiva:

Qualunque sia il manometro che si adopera per misurare la pressione può avvenire che esso scriva sul cilindro girante una curva la quale ha, supponiamo 49 mm. d'altezza, e che tutto ad un tratto si abbassa a 34 mm.

Questo fenomeno si ha allorchè si fa passare la cannula del manometro, dall'aorta del ventricolo sinistro. Giudicando quindi da queste due curve si dovrebbe concludere che la pressione sanguigna nel cuore è inferiore alla pressione aortica di circa 15 mm.

Questo fenomeno fu osservato la prima volta dal Fik,

e si tentò di spiegare il movimento del sangue nell'aorta coll'urto e la frequenza del cuore.

È certo che il fenomeno non dipende da una reale diminuzione di forza nel cuore, avvenuta per una causa ignota.

Io, per provare ciò, mi servii di due manometri, uno dei quali misurava la pressione d'una delle carotidi e l'altro la pressione dell'altra carotide, dell'aorta e del cuore.

Finchè le due cannule erano nelle carotidi i due manometri segnavano la stessa pressione; appena la cannula aveva oltrepassato le valvole aortiche, in questo manometro la pressione scemava subito, mentre chè si manteneva alla stessa altezza nell'altro manometro, segno certo che la forza del cuore era cambiata, e che la presenza della cannula fra le valvole aortiche non impediva l'ufficio delle medesime.

La spiegazione del fenomeno si doveva cercare nelle valvole. Pensai che ove si fosse adoperata una cannula munita di valvola, la pressione non sarebbe diminuita, ma anzi aumentata nel manometro del cuore appena che la cannula avesse oltrepassato le valvole aortiche. Lo sperimento confermò la mia previsione.

Se la questione si poteva dire empiricamente risolta, non era però spiegato il meccanismo del fenomeno. Per intendere il quale è da sapersi che nel manometro del cuore non scema la pressione, ma le oscillazioni della colonna manometrica diventano assai maggiori e ci provano che il lavoro prodotto dal cuore nel tubo senza valvola è maggiore di quello prodotto nella carotide, dove la pressione si mantiene costante, presentando solo oscillazioni piccole.

Per provare ciò vi prego di osservare questa tavola dove sono le curve che rappresentano la pressione nell'aorta e nel cuore.

Si vede che in quest'esperimento la pressione aortica

massima è di 51 mm. di mercurio; la minima di 50; la pressione massima nella carotide sinistra è di 49 mm.; di 48 mm. la minima.

Quando la siringa è passata dall'aorta nel cuore, se l'altezza cui giunge la colonna del mercurio indicasse la pressione, questa alla fine della sistole sarebbe di 32,5 mm. di mercurio, alla fine della diastole di 27,5 mm. E chiaro che, ad ogni sistole, il cuore inalza di cinque millimetri una colonna di mercurio alta 27,5 mm., larga quanto è la sezione del tubo manometrico. Invece nel manometro in comunicazione colla carotide sinistra si ha un'oscillazione alta appena un millimetro. Siccome la differenza tra la pressione carotidea e l'aortica è piccola, possiamo supporre che questa siasi mantenuta tra i 50 e i 51 mm. come era un momento prima che la siringa fosse spinta nel ventricolo sinistro. Si vede che in questo caso, il cuore con ogni sistole inalza di un sol millimetro una colonna di mercurio alta 50 mm. e larga quanto è la sezione del tubo manometrico, il quale ha il calibro dell'altro.

Se si impediscono le grandi oscillazioni manca il fenomeno dell'abbassamento e ciò io ottenni a volontà girando la chiave del rubinetto e limitando il riflusso del sangue nel cuore.

Il Dott. Giorgio Marcacci riferisce la storia relativa ad un raro esempio di fibroma mollusco osservato nella nostra clinica dermatologica in un uomo di 55 anni, certo Donato Vallini di Arezzo.

Questo gran tumore, del quale il Marcacci presenta la riproduzione fotografica, risiede sul lato destro del tronco ed è distinto in tre grandi masse: una anteriore o come egli la chiama *tumore pettorale*, una posteriore o *tumor dorsale*, una *laterale* più piccola che cuopre la spalla.

Esiste inoltre un gran numero di tumoretti giudicati per piccoli fibromi molluschi; su questi è stato praticato l'esame istologico, dal quale è risultato esser essi

costituiti da tessuto connettivo infiltrato di un gran numero di cellule linfoidi. Non si è trovato un liquido particolare e perciò non è qui il caso di invocarlo come cagione della mollezza speciale di questa neoformazione.

Terminata questa lettura, il Dott. Brigidi prende la parola per osservare che se grande è la quantità degli elementi linfoidi in questo tumore egli dubiterebbe trattarsi piuttosto di elefantiasi che di fibroma mollusco. In secondo luogo egli dice che in quanto alla mollezza, ebbe occasione una volta, esaminando uno di questi tumori assai voluminoso, di trovare nel centro un focolajo di rammollimento, e la degenerazione muccosa di molta parte del tumore.

Il Marcacci risponde di conoscere il ravvicinamento che da taluni si fa dell'elefantiasi col fibroma mollusco; però non gli sembra, all'infuori di una grossolana somiglianza per il fatto dell'imponente volume delle due malattie, (mollusco elefantiaco di Chassaignac), che si possa ammettere identità di natura. E ciò sia per il decorso delle due malattie, per le sedi diverse che occupano, per i liquidi differenti da cui sono imbevuti i tessuti in queste due forme morbose, e infine per la forma francamente neoplastica circoscritta dell'una, diffusa e senza confini determinati nell'altra.

Dopo ciò nessuno prendendo la parola si dichiara chiusa la discussione e l'adunanza è sciolta.

V^o *Il Presidente*
Prof. G. PELLIZZARI.

Il Segretario
Dott. T. TOMMASI.

OTTAVA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 20 LUGLIO 1879.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti, il Vice-Presidente Dott. Brigidi, il Socio onorario Prof. Ferdinando Zannetti ed i Socii conservatori Prof. Burresi, Paganucci, Ceccherelli, Grassi, Grilli, Banti, Celoni, Zannetti Raffaello, Tommasi, ed il Vice Segretario degli Atti.

Letto e approvato il processo verbale della passata adunanza, ha la parola il Socio conservatore Dott. Grassi, il quale fa una lettura sulla *versione podalica bipolare come complemento del parto forzato*.

Il concetto svolto dal Dott. Grassi è questo: che una volta dichiarata la necessità del parto forzato si diminuiranno i rischi inerenti a tale operazione, ove si riesca a portare un piede del feto alla vagina senza introdurre tutta la mano, ma solo due dita nell'utero. Ad ottenere codesto risultato, niente di meglio della versione podalica bipolare, la cui esecuzione non è così difficile come potrebbe sembrare a tutta prima.

Dopo aver ricordato che spetta al Rizzoli ed all'Esterle il merito d'aver sostituito il parto forzato al taglio cesareo *post mortem* nella donna già morta o moribonda, l'Autore accenna come però vi siano dei casi nei quali, per la eccessiva resistenza del collo uterino, la forzata introduzione della mano non sarebbe altro che un taglio cesareo mascherato, ed è per tali casi che egli suggerisce di valersi del metodo bipolare. Con esso la dilatazione dell'ostio uterino è operata dal corpo fetale e questo, così per la forma come per la direzione degli sforzi, imita molto meglio di

quello che non faccia la nostra mano il meccanismo col quale la natura ottiene una apertura sufficiente al passaggio del feto. E nel caso che occorressero delle incisioni sul collo, queste possono farsi con minor pericolo e più proporzionate al bisogno anche col tronco fetale già impegnato.

L'Autore si occupa poi delle obiezioni che si potrebbero fare alla sua proposta e specialmente di questa: che servendoci del corpo fetale come mezzo dilatante, si aumentano troppo i pericoli già abbastanza seri del rivolgimento riguardo al bambino. Ad un tale appunto il Dott. Grassi risponde che la vita del feto non è meglio tutelata ove, non seguendo la sua proposta, si ricorra nei casi da lui indicati al taglio cesareo *post mortem*. Egli crede che la versione bipolare podalica rendendo possibile il parto forzato in un maggior numero di casi, si avrà questo vantaggio di venire in aiuto alla madre con una operazione più utile per lei e meno umiliante per il medico di quel che non sia la sezione cesarea *post mortem*.

L'Autore fa quindi una succinta relazione di due casi clinici nei quali presentandosi una volta la spalla, un'altra volta il vertice, e urgendo di vuotar l'utero avanti che esistesse spazio sufficiente pel passaggio della mano, gli riuscì di portare il piede del feto in vagina compiendo l'evoluzione col metodo bipolare, anzichè col rivolgimento classico.

In ambedue i casi la madre era moribonda per gravi affezioni dell'apparecchio circolatorio e respiratorio; e però al vuotamento dell'utero, oltre alla indicazione generale, fornita dal pericolo imminente di vita, aveva anche quella speciale attinente alla influenza meccanica che l'utero disteso esercitava sulle già inceppate funzioni cardiache e polmonari.

Il Prof. A. Herzen comunica alcune sue osservazioni tendenti ad indicare la separabilità della sensibilità ter-

mica in due sensibilità distinte: quella per il freddo e quella per il caldo. L'organismo ha una temperatura propria e costante; esso avverte come *freddo* una sottrazione di calorico, e come *caldo* un'addizione di calorico. Dalle osservazioni del Prof. Herzen sembra risultare: che le sensazioni ad esso relative non giungono al cervello per la medesima via, bensì per due vie diverse; accadrebbe per tali sensazioni qualcosa di analogo alla indipendenza della sensibilità tattile da quella dolorosa; le impressioni di freddo subirebbero le vicende del tatto, e quelle del caldo le vicende della sensibilità dolorosa; dimodochè le prime sarebbero trasmesse dalle fibre estesodiche dei cordoni posteriori del midollo, e le ultime dalla rete estesodica cellulare della sostanza grigia.

Ma, lasciando da parte le spiegazioni ipotetiche, ecco i fatti osservati:

1° Un arto « intormentito » per una leggiera ma prolungata compressione del suo principale tronco nervoso, perde dapprima la sensibilità tattile e, quasi contemporaneamente, anche la sensibilità per il freddo, mentre la sensibilità per il caldo, e quella per il dolore, si mantengono a lungo. Applicando alternativamente, e ad insaputa del soggetto, dei corpi caldi e dei corpi freddi sulla pelle dell'arto intormentito, il soggetto sente e riconosce il caldo, mentre non sente e non riconosce il freddo.

2° Sperimenti cronografici mostrano che il soggetto reagisce ad un contatto freddo colla medesima velocità colla quale reagisce ad una impressione tattile semplice, mentre invece ei mette un tempo generalmente doppio e qualche volta triplo per reagire ad un contatto caldo; gli esperimenti furono eseguiti con un distacco di temperatura *eguale*, in più o in meno, da quella temperatura che non produceva sulla pelle esterna nessuna impressione di caldo o di freddo.

La fisiologia, dice il Prof. Herzen, non può andare

più oltre: essa è impedita, da una parte, dalla impossibilità di fare i relativi sperimenti sugli animali, e, dall'altra, dalla impossibilità di fare sull'uomo le relative operazioni. Egli perciò si rivolge alla patologia, e ne invoca l'aiuto; essa sola può sciogliere il quesito, ora che il primo passo è già fatto. Il Dott. Leopardi, pregato dal professor Herzen, avrebbe infatti già osservato un caso che conferma pienamente i fatti suaccennati: una donna affetta da compressione del midollo nella regione della settima vertebra dorsale, aveva perso negli arti inferiori ogni sensibilità tattile e, nel tempo stesso, non avvertiva affatto il contatto di pezzi di ghiaccio sugli arti medesimi, mentre invece aveva conservata la sensibilità dolorosa, ed avvertiva non solo il contatto di corpi caldi, ma ne apprezzava a un dipresso la temperatura più o meno elevata.

Manca affatto qualunque osservazione atta ad indicare se l'*analgesia* sia accompagnata da perdita della sensibilità per il caldo, restando normale la sensibilità pel freddo, come quella per il contatto. Il Prof. Herzen chiude il suo discorso, dicendo che scopo precipuo di questa comunicazione era stato quello di pregare i medici pratici di voler raccogliere delle osservazioni esatte intorno al problema posto, e contribuire così ad affrettarne la soluzione.

Aperta la discussione, il Prof. Zannetti ricorda all'Herzen di aver letto nel Graves un fatto clinico relativo al modo diverso di ricevere le impressioni nervose, secondochè passano dai tronchi nervosi o dalle loro piccole estremità periferiche.

Il Prof. Burresi ricorda un fatto da lui stesso osservato in una donna isterica affetta da emianestesia; dice che la parte anestetica non avvertiva le impressioni tattili, altro che ad una pressione discreta; invece vi era iperestesia dolorosa; e mentre poi non avvertiva il contatto dei corpi diacci, avvertiva come freddi dei corpi caldi.

Il Dott. Brigidi osserva che è sua opinione che le

fibre nervose non servono che da conduttrici delle sensazioni, e che la sensazione stia o nelle estremità o nei centri.

Replica il Prof. Burresi accennando all'importanza che avrebbe il conoscere la sede di una malattia nervosa, quando veramente avessero una via diversa di conduzione il tatto e il freddo, il dolore e il caldo.

Il Dott. Grilli ricorda avere osservato un malato che possedeva sempre la sensibilità dolorosa, mentre aveva abolita quella tattile.

Dopo qualche altra osservazione del Dott. Brigidi e del Prof. Herzen, a cui rispose il Dott. Grilli, la discussione è chiusa e la seduta è sciolta.

Vº Il Presidente

Prof. G. PELLIZZARI.

Il Segretario

Dott. T. TOMMASI.

NONA ADUNANZA PUBBLICA

DEL 14 SETTEMBRE 1879.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, Presidente.

Erano presenti i Socii: Bechi, Faralli, Ceccherelli, Tafani, Banti, Bertini, Celoni, Pellizzari Celso, Paoli, Zannetti Ferdinando ed il Segretario degli Atti.

La seduta venne aperta con una memoria del Prof. Bechi, sulla diffusione del boro.

Il Prof. E. Bechi incominciò a richiamare alla memoria le azioni del borace sopra i fermenti, sul protoplasma delle cellule vegetali, e sopra la vita degli infusorj, osservate da alcuni scienziati, e specialmente dall'illustre Dumas. Quindi ricordò l'esperienze fatte dal Sig. Peligot

sui vegetali, dalle quali risultava, che l'acido il borace erano sostanze mortifere per le piante cludeva, non potere l'acido borico rimanere a anche per gli animali.

Esposte le opinioni sulle azioni fisiologiche, echì scese a parlare delle cose sue, e narrò scoperto il boro non solo nelle serpentine della Liguria, ma nella più parte de' minerali e metamorfiche. Disse, che le acque minerali e nei depositi saliferi di Volterra. Riferì che le piante ne contengono; e secondo ripetute esperienze, non risulterebbe sostanza mortifera per le piante, come veniva ammesso dal Sig. Peligo. Narrò ancora come il boro si trovi nell'acqua minerale riscontrato in modo chiaro, evidente nelle analisi che.

Finalmente espose che si può anche trovare il boro nell'urina se ne ha la prova.

Venne egli nel conchiudere questa memoria al savio giudizio dell'Accademia, se potesse essere tossica alla vita vegetale ed animale, e se diffusa, la quale in piccole dosi, ma continue, s'introduce negli esseri viventi.

Successivamente il Dott. Augusto Urbino riferì di paralisi dei cricoaritenoidi posteriori riscontrato in un uomo di 37 anni, lavorante fornace. All'esame col mezzo del laringoscopio, l'apertura glottica era grandemente diminuita, sembrare una semplice fenditura del lume del tubo e mezzo circa, in tutta la sua lunghezza. Causa di questo rimpicciolimento d

glottidea erano le due corde vocali, le quali nell'inspirazione erano affatto inerti e non si divaricavano punto, talchè il malato non respirava che malissimo.

Fatta la diagnosi suesposta, ed essendosi il malato ricoverato nello Spedale, venne operato di tracheotomia, come appunto aveva consigliato il Dott. Urbino.

Il risultato fu ottimo ed il malato dopo pochi giorni potè lasciare lo Spedale, portando una cannula di gutta-perga vulcanizzata.

L'applicazione successiva dell'elettricità sugli abduttori, col mezzo di un apparecchio immaginato dall'autore non portò che pochissimo sollievo, tantochè il malato in discorso sarà costretto a portare per tutta la vita la cannula tracheale.

La seduta terminò con una comunicazione verbale del Dott. Alessandro Tafani, il quale, appoggiandosi a dei preparati ottenuti facendo reagire in modo speciale l'acido osmico, ha veduto che nei corpuscoli tattili di Merhel, situati nel becco dell'anatra, non esistono i dischi tattili come ha descritto Ranvier. Vi si vede invece la fibra nervosa che, penetrata fra le due cellule gemelle, non vi perde la mielina e vi forma un gomito simile, tranne che in proporzioni microscopiche, alle glandole sudoripare.

V. Il Presidente

Prof. G. PELLIZZARI.

Il Segretario

Dott. T. TOMMASI.

DECIMA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 16 NOVEMBRE 1879.

Alla Presidenza, il Prof. G. PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti il Vice Presidente Dott. Brigidi ed i Soci Prof. Cesare Paoli, Dott. Bosi, Simi, Grilli, Celoni, Banti, Faralli, Ceccherelli, Tommasi ed il Vice Segretario degli Atti.

Letto e approvato il processo verbale dell'ultima adunanza, ha la parola il Socio Prof. Cesare Paoli il quale legge una memoria che ha per titolo: *Degli accidenti di atossicazione consecutivi all'impiego dell'acido fenico nella pratica chirurgica.*

Dopo aver accennato alle varie concomitanze e successioni morbose che modificano l'andamento e l'esito delle operazioni chirurgiche, ed ai mezzi svariatisimi proposti dai pratici per opporvisi, viene a parlare in modo particolare del metodo di medicatura antisettica proposta da Lister. E dopo aver detto che l'acido fenico in chirurgia ha destato una specie di fanatismo nei chirurghi, il Prof. Paoli viene a porre una questione, se cioè questo medicamento riesca perfettamente innocuo al nostro organismo, rimanendo applicato a lungo sopra una superficie assorbente, o se viceversa può dar luogo a gravi inconvenienti. E qui il Prof. Paoli, ammettendo un'azione irritativa sull'apparato urinario in special modo, ricorda d'esser stato testimone fino dal 1869 dell'alterazione subita nel colorito dall'orina di un malato che veniva medicato con una soluzione acquosa d'acido fenico, sopra un impiagamento di una gamba. Queste orine che all'esame chimico risultarono contenere un eccesso d'acido fenico, si conservano tuttora nel Gabinetto di Chimica Patologica.

Ricorda come nella *Gazzetta Medica* di Parigi il Dott. Reckin citi alcuni casi di attossicamento per acido fenico nella pratica ginecologica, e perfino dei casi di morte per le iniezioni intra-uterine di una soluzione acquosa di tal medicamento.

Accenna agli esperimenti eseguiti sugli animali per provare l'azione tossica dell'acido fenico. Parla del 7° Congresso tenuto dalla Società Germanica di Chirurgia del 1878 e della discussione che vi sorse dopo una comunicazione del Kuster che tendeva a provare la possibilità che l'acido fenico avesse affrettato in 20 casi l'esito fatale: quindi la proposta della sostituzione dell'acido salicilico e del tymol.

Il Prof. Paoli rammenta alcuni casi osservati nel 1° turno chirurgico del nostro Spedale, da lui diretto, nei quali adoperata la soluzione acquosa d'acido fenico, si ebbero fenomeni di nefrite, abbattimento di forze, nausea, vomiti e febbre remittente con prolungate orripilazioni, tanto che i malati si giudicarono affetti da febbre d'infezione; mentre sospesa, per suo consiglio, la medicatura fenicata, immediatamente i fenomeni cessarono, l'orine presero il colore verdastro e fattesi prima purulente e poi mucose ritornarono finalmente limpide, e i malati ripresa forza e nutrizione lasciarono lo Spedale.

Egli crede di dover comunicare tali osservazioni per porre in guardia i chirurghi. E si domanda quindi se il metodo di Lister sia veramente preferibile ad ogni altro. Cita la pratica di varii chirurghi e le statistiche di altri che provano come anche senza l'uso dell'acido fenico si siano ottenuti buoni risultati. Non crede con questo di disprezzare tutto quello che è nuovo, ma vuole che si riconosca il buono anche nella vecchia pratica. E mentre crede nocivo l'abbandonarsi ciecamente a quel che vien proposto ogni giorno, trova una parola di lode per chi indefessamente si adopera a far progredire la chirurgia.

Dopo il Prof. Paoli ha la parola il Dott. Celso Pellizzari il quale fa una comunicazione sopra un caso di *frattura incompleta spontanea per sifilide acquisita in tenera età*. Il caso concerne una bambina di circa due anni, nella quale si potè diagnosticare in vita una lesione sifilitica del radio destro. All'autopsia si trovò l'osso in preda alla degenerazione detta dal Panot *gelatiniforme*. La neoplasia essendosi sostituita al tessuto osseo spongioso aveva a poco a poco allargato lo strato esterno, che reso sottilissimo si era per la massima parte fratturato. La discontinuità non era completa perchè dal lato corrispondente all'ulna rimaneva una piccola lamella mantenuta intatta da un ingrossamento del periostio. Il Dott. Pellizzari accenna all'importanza di questo caso, per essere forse il primo reso di pubblica ragione, mentre sono frequenti i casi di fratture spontanee per sifilide congenita. La diagnosi per sifilide acquisita fu basata più che altro sull'esame comparativo colle forme sifilitiche esistenti contemporaneamente nella madre e nella figlia. Da quest'esame si venne alla conclusione che la sifilide era stata comunicata dalla figlia alla madre e non poteva perciò parlarsi di sifilide ereditaria.

Nessuno prendendo la parola sopra alcune delle due comunicazioni la seduta è sciolta.

V^o *Il Presidente*

Prof. G. PELLIZZARI.

Il V. Segretario

Dott. C. PELLIZZARI.

UNDICESIMA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 28 DICEMBRE 1879.

Alla Presidenza, il Dott. V. BRIGIDI, Vice Presidente.

Presenti: Faralli, Paganucci, Ceccherelli, Marcacci, Grassi, Banti, Tafani, Bosi, Grilli, Simi, Tommasi, Zannetti Raffaello, ed il Socio onorario Prof. Ferdinando Zannetti.

Il Vice Segretario legge il processo verbale della seduta precedente; quindi ha la parola il Dott. Urbino che fa la istoria di un caso di vegetazioni polipose sotto glottiche in un uomo di 28 anni. Esse davano accessi di stenosi, radi in principio, più frequenti in seguito. Il Dott. Urbino aveva stabilito di fare la tirotomia per estirpare il tumore, essendo impossibile, per la poca tolleranza dell'infermo, di estrarlo per le vie naturali. E qui si diffuse alquanto sulle indicazioni della tirotomia e su quelle della estirpazione per le vie naturali, ripetendo le statistiche del Mackensie di Londra, e del Brums, non che facendo un confronto fra i varii metodi di estirpazione dei tumori laringei; dal cui confronto ha voluto stabilire più chiaramente i limiti dell'uno e dell'altro metodo, dichiarando che quando si ha da fare con un tumore posto al di sotto della glottide che non si è potuto raggiungere nè estirpare con la pinzetta o cauterizzarlo col galvano-cauterio al modo del Voltolini, e quando questo tumore minaccia la vita dell'infermo per accessi frequenti di soffocazione, è allora il caso di ricorrere alla tirotomia. L'infermo fu colpito da difterite laringea che prese anche il tumore; poi sopraggiunse l'edema di tutta la laringe per un ascesso della mucosa che riveste l'aritenoido sinistro e quindi giudicò

e rinunciare alla tirotomia e ricorrere invece alla tracheotomia che fu praticata con successo. Adesso il malato bene e le condizioni della laringe vanno migliorando, poichè l'ascesso si è aperto e l'edema grandemente ridotto. Ora è prossimo il momento di fare la tirotomia per estirpare il tumore, e quando ciò sarà fatto e si potrà dar notizia dell'esito finale di questo caso, ne darà notizia all'Accademia.

Successivamente, il Dott. Girolamo Danesi, legge una memoria sulla medicatura antisettica nell'ulcera puntata della cornea, o cheratite a ipopion, e nell'ulcerazione corneale.

Dopo aver detto come egli siasi servito per tale misura dell'acido fenico unito alla vaselina, (1 per %) nell'acqua leggermente fenicata come detergente, riporta storia di 4 casi di malattie oculari, della natura già detta, nei quali il detto trattamento curativo riuscì efficacissimo.

Nessuna discussione avendo luogo, la seduta fu chiusa a ore 2 pom.

V. Il V. Presidente
Dott. V. BRIGIDI.

Il Segretario
Dott. T. TOMMASI.

RAPPORTO GENERALE

DEI

LAVORI ACCADEMICI DELL'ANNO 1879

LETTO DAL SEGRETARIO DEGLI ATTI

Dott. TOMMASO TOMMASI

nell'Adunanza solenne del dì 23 febbrajo 1880

EGREGI ACCADEMICI !

Non era mio compito, o Signori, intrattenervi in questa seduta solenne sopra i lavori scientifici da voi compiuti nell'anno accademico ora decorso, e sopra le dotte discussioni che animarono molte delle nostre sedute; tal compito era invece devoluto al mio egregio compagno di ufficio, il Dott. Celso Pellizzari, dalla cui facondia avreste meglio udito riassunti i lavori e le discussioni.

Egli peraltro ha voluto deviare dalla via che la consuetudine accademica gli affidava; e voi o Signori dando ascolto alle ragioni pure plausibili che egli mi enumerava per esentarsene, metterete sulla bilancia della giustizia, come i moderni frenopatici nell'aula di Temi, da una parte la ripugnanza al lavoro paziente di una compilazione sintetica, dall'altra la forza irresistibile a pubblicare le sue osservazioni originali di sifilopatia, tanto che son persuaso che emetterete per lui un verdetto di assoluzione, pur contemplando le circostanze attenuanti del suo buon volere e della sua attitudine a portar nuove pietre e nuovo cemento al tempio della Venere morbosa.

Di me non vi parlo, avvegnachè voi sappiate come me appunto abbia corso tristissimo l'anno 1879, come sia stato logorato per più mesi dallo spettacolo strale di vedere il mio amatissimo padre consumarsi ogni iù sotto la malefica influenza di una malattia irrimediabile, della quale io stesso, per la natura degli studi coltivo, ebbi il triste evento di scoprire l'esistenza, e di vedere giornalmente la costante progressione ed accorciare la vita fino al termine fatale, con la morte nel cuore, e con gli occhi di tutti da un bugiardo sorriso sulla faccia, e con la mente che imprecava alla scienza che in tal modo ci mette in grado di conoscere minutamente i reconditi segni diagnostici, ci fa misurare il consumo della vita preziosa col rigore di un calcolo matematico, e all'altro non ci addita neppure un solo mezzo per arretrare l'invadente marea che ci affoga, ci soffoca e spegne e fauci l'ultimo respiro e l'ultima santa parola del padre che benedice l'unico figlio superstite!

Se a questo aggiungete l'avvicinarsi in me, da quell'epoca fatale, di molti sconcerti nervosi che mi deprimevano e mi abbattano di mente e di corpo, voi troverete che da perdonarmi la brevità tutta eccezionale di questo resoconto, al quale appunto volli apporre il titolo più modesto di sommario.

Doppiamente doloroso è stato per me l'esser breve intanto che il cuore mi avrebbe suggerito parole di altissimo compianto, per la irreparabile perdita di alcuni socii carissimi cioè del Prof. Carlo Morelli, del Farm. Giuseppe Bacci e in ultimo del Dott. Amerigo Borgiotti, che per primo sul cominciare del nuovo anno accademico.

Del primo udirete parlare dal mio esimio collega il Prof. Raffaello Zannetti che gentilmente se ne assunse il carico.

Del secondo?...

Infelice collega! Tu sei stata la seconda vittima che in

breve volger di tempo il veleno ha rapito alla vita, all'amore della famiglia, alla stima e considerazione degli amici! La tua miseranda fine fece correre per le vene di quanti ti conobbero un brivido di raccapriccio e di orrore, da essere pietoso ufficio il coprirla di un velo, anzichè ricordarla. A noi restano, però, qual prova dell'amore indefesso che tu portavi alla scienza farmacologica, diversi lavori pregievoli per l'esattezza ed il criterio col quale vennero condotti.

E se io consacrerò ora qualche parola alla memoria che tu leggesti in questo scientifico sodalizio, è stato appunto per ricordare ai colleghi il tuo nome, come quello di un amico da tutti altamente compianto.

Del Dott. Amerigo Borgiotti, cui spuntò il sole del nuovo anno per vederlo poco dopo circondato dalle tenebre eterne vi terrà parola il mio successore, quando in seduta solenne vi tratterrà sulle fasi e vicende accademiche durante l'anno 1880.

Ed ora, al compito che mi sono proposto.

Abbiamo avuto in 11 adunanze 23 letture che si sono aggirate sopra i seguenti argomenti:

Due di Clinica Medica
Una di Clinica Chirurgica
Sei di Anatomia Patologica
Tre di Fisiologia
Due di Clinica Ostetrica
Due di » Oculistica
Una di » Sifilopatica
Due di » Laringoscopica
Quattro di Chimica.

Alla prima serie appartengono: una lettura del Prof. Pietro Burresi che si riferiva ad un caso di enfisema polmonare e ad un altro con vizio cardiaco, nei quali il clinico esimio aveva messa in pratica l'aereoterapia, per

mezzo dell'apparecchio del Waldenburg, quello stesso che il compianto Prof. Castiglioni di Roma ha vantaggiosamente modificato e corretto. Il Prof. Burresi, nella esposizione dei suddetti casi, si mostrò ben contento degli effetti ottenuti, poichè potè verificare tale aumento nella funzionalità polmonare del primo e tanta calma e riordinamento nell'equilibrio circolatorio del secondo, da costringerlo a considerare il metodo aereoterapice come il miglior mezzo di cura indiretta e palliativa in simili contingenze.

D'importanza non comune fu anche la comunicazione che ci fece il Dott. Guido Banti sulle pneumoniti che dominarono a Firenze durante l'inverno e la primavera degli anni 1877-78, tanto chè potrà servire al complemento della storia clinica di codeste terribili affezioni che tristamente dominarono l'Italia in detta epoca e spinsero i medici a farne relazioni e statistiche speciali.

Nel ramo chirurgico, il Prof. Cesare Paoli ci parlava degli accidenti d'intossicazione consecutivi all'impiego dell'acido fenico nella pratica clinica, specialmente da che il Lister ebbe introdotto il suo metodo di medicatura antifermentativa, e con la scorta di numerose osservazioni, ce ne dimostra i pericoli non lievi, dei quali il clinico è messo sulle traccie dal vedere il mutamento di colore delle urine, che volgono ad un verde bruno assai intenso.

Le parole del valente Chirurgo consonano adesso con quelle di molti altri che hanno alzato la loro voce di protesta contro un tal mezzo di medicatura al quale cercano sostituire il timolo e l'acido salicilico.

Per parte mia dirò all'egregio Clinico, che le moderne ricerche del Baumann e del Preusse tendono a dimostrare che la colorazione delle urine in discorso, è dovuta *allo idrochinone*, (C^6H^4O, H^2O) che aggiunto infatti ad una orina normale, vi fa sviluppare lentamente il color verde bruno, proprio all'urine degl'individui che hanno assorbito l'acido fenico.

L'Anatomia Patologica è stata riccamente rappresentata da due memorie del Dott. Vincenzo Brigidi, una: sulle alterazioni del midollo spinale nel tetano; l'altra sulle alterazioni dello stesso midollo in un caso di paralisi infantile, e sopra un'altro di tabe dorsale spasmodica.

Due memorie ci presentava pure il Dott. Alessandro Tafani, al quale sono ben lieto di porger ora pubbliche congratulazioni per il premio BURCI a lui aggiudicato dalla Società nostra; le due memorie riguardavano, una: le terminazioni venose della pelle umana, e l'altra più specialmente i corpuscoli tattili del Merkel, nei quali egli non riconosceva l'esistenza dei dischi tattili, avendo veduto che le fibre nervose vi si perdono in un gomitolo simile a quello delle glandule sudoripare.

Sempre nel dominio dell'Anatomia Patologica, il Dottor Campani ci faceva note alcune sue considerazioni critiche sopra una memoria del Dott. Magitot che tratta dell'erosione dei denti: e il Dott. Giorgio Marcacci ci narrava di un raro esempio di fibroma mollusco da lui osservato in un tale D. V. di anni 55, e anzi sottometteva all'osservazione della Società alcuni preparati microscopici, tolti da alcuni piccoli tumoretti che facevano corona alle due enormi masse pettorale e dorsale, che a guisa di doppia bisaccia gravavano il lato destro del torace di quel disgraziato. A meglio illustrare questo caso, il Dott. Marcacci esponeva alcune fotografie, abilmente eseguite dal signor Schemboche.

Questa memoria dette luogo ad una discussione di molta importanza, forse la più viva che sia sorta nel decorso anno.

La Fisiologia ebbe tre memorie: una del Dott. Francesco Corso relativa alla pressione sanguigna del cuore e dei grossi vasi che serve di complemento alle comunicazioni che si faceva lo scorso anno sulla pressione sanguigna in generale; l'altra del Prof. Alessandro Herzen, il

quale partendo da alcuni esperimenti comparativi, faceva osservare come sia possibile una separazione della sensibilità termica in due sensibilità distinte, quella cioè per il freddo e quella per il caldo; e mentre la prima seguirebbe le fasi delle impressioni tattili, l'altra seguirebbe quelle delle impressioni dolorifiche, e sarebbero perciò condotte al centro nervoso da vie affatto distinte.

Finalmente, in un'altra seduta, il Dott. Corso faceva una critica scientifica alle conclusioni della memoria del Dott. Maggia sulle cause del parto e cercava minorare il valore reale del medesimo.

L'Ostetricia, l'Oculistica, e la Sifilopatia hanno avuto esse pure il loro contributo, rappresentato da una memoria del Dott. Ernesto Grassi, sulla versione podalica bipolare come complemento del parto forzato; da una comunicazione del Dott. Egidio Welponer, di Trieste, sull'ovaro-isteorotomia come complemento del taglio cesareo; comunicazione che fu letta dal Vice Segretario; da una dissertazione del Prof. Cesare Paoli sull'occhio considerato come strumento necessario allo sviluppo dell'intelligenza; da una memoria del Dott. Girolamo Danesi, *sulla medicatura antisettica nella cura delle ulcere corneali*; e finalmente da una memoria del Dott. Celso Pelizzari sopra un caso di frattura incompleta spontanea per sifilide acquisita in tenera età.

Il Dott. Augusto Urbino, ha letto in seno della nostra Società due memorie di Clinica laringoscopica, che ora vediamo con piacere acquistare sviluppo sempre crescente da erigersi quasi a clinica speciale; e le due memorie riflettevano un caso di paralisi dei cricoaritenoidi posteriori ed un caso di vegetazioni polipose sotto-glottiche.

Eccomi finalmente all'ultimo gruppo, quello cioè delle memorie di Chimica, fra le quali trovo alcune ricerche del Prof. Pompilio Agnolesi sulle sofisticazioni ed impurità dell'amido, del collodione e del magistero di zolfo; trovo an-

che una memoria del Dott. Enrico Pegna sulla presenza dell'arsenico nei prodotti di combustione di alcune candele, argomento questo di molta importanza per l'igienista ed anche per il medico legale, non essendo improbabile che questa sia una delle cause capaci a spiegare la presenza di tracce di arsenico nell'organismo umano. — Trovo per ultimo una memoria del Prof. Emilio Bechi sulla grande diffusione del boro in natura, ed una finalmente del farmacista Nestore Prota Giurleo di Napoli, che ci venne letta e presentata dal compianto nostro collega Farm. Giuseppe Romei. Il Prota Giurleo ci diceva di avere analizzato il ferro Bravais e di essere giunto a trovare che non si compone esclusivamente di sesquiossido di ferro, ma bensì anche di un composto ferruginoso organico, che credeva essere un albuminato; tali risultati avrebbero avuto la loro sanzione dal fatto che, unendo insieme i detti composti, si giungeva ad ottenere un miscuglio liquido che presentava tutti i caratteri del ferro Bravais, e che egli sottoponeva al giudizio dell'Accademia, nel tempo stesso che dichiarava di averlo già introdotto in commercio ad un prezzo molto più mite del preparato francese.

Questa opinione del chimico Napoletano sembra però che non sia stata confermata dagli studii di altri chimici, sebbene molti siansi occupati a studiare questo prodotto che tanto rumore ha levato dietro di sè e con tanto favore è stato accolto da quanti amano le novità anche nelle cure cui si sottopongono.

È appena un mese, infatti, che anche all'Accademia medica di Roma, il Sig. Niccola Sinimberghi, presentava un opuscolo relativo alla vera composizione del ferro dializzato, dicendo di averne studiato accuratamente le cinque specie che si trovano in commercio, compreso quello di Bravais, e di essersi potuto convincere che non trattasi semplicemente di un perossido di ferro allo stato li-

quido, con la esclusione di qualunque acido, ma che in tutte si rinviene una quantità maggiore o minore di cloro.

Si tratterebbe dunque di una miscela d'idrato d'ossido di ferro e di cloruro ferrico.

Ed è degno di nota che se il Berthelot dichiarava che in generale il ferro dializzato è un composto dei meno adatti ad una cura ricostituente, il Sinimberghi credè che nell'analisi comparativa delle diverse specie di ferro dializzato, quello Bravais non figuri come il migliore!

A lode del vero, piacemi peraltro di dichiarare che l'egregio chimico Dott. Donato Tommasi, che abbiamo l'onore di ospitare nel Laboratorio di Chimica patologica pubblicando le sue ricerche sulla formula di costituzione dei composti ferrici, e specialmente degli idrati, veniva egli pure a concludere, per una via indiretta, e perciò più pregevole, *che il ferro dializzato liquido officinale, è vero che ha in dissoluzione molto ferro, ma è pur vero che contiene forti quantità di cloruro*. Osservava quindi giustamente: *che l'esistenza di un idrato solubile nell'acqua è molto problematica ed è necessario riprenderne lo studio*. Egli crede invece che si tratti piuttosto di una soluzione di ossicloruro, *tant'è vero che precipita col solfato di soda*.

Ed io posso aggiungere che precipita con delle tracce di sali e di acido, e la stessa saliva, che è il primo liquido organico che incontra il ferro dializzato, serve a precipitarlo in gran parte.

A tutto questo si può aggiungere, che anche l'Accademia di Medicina di Parigi, si è occupata recentemente di questo prodotto, ed il chimico Personne le presentava un lavoro nel quale concludeva:

1° Il ferro dializzato non è una soluzione di ossido di ferro, è bensì una *pseudo-soluzione* ed anche una pseudo-soluzione molto impura, poichè i prodotti più puri contengono un minimo di 7 %, per 100 di sali di ferro estranei (percloruro e persolfato).

2° Il ferro dializzato è insolubile nel succo gastrico, non è dunque assimilabile e deve essere proscritto dalla terapeutica.

Di fronte a queste conclusioni chimiche, tutte a carico del ferro dializzato, cosa ha detto la Clinica?

L'osservazione ha dimostrato quasi sempre che il Ferro Bravais produce realmente gli effetti benefici degli altri preparati ferruginosi ed ha su molti di essi il vantaggio apprezzabilissimo di non recare alcun disturbo alle funzioni digestive, che si compiono con la stessa sollecitudine, e nemmeno alle funzioni del circolo che non si trova eccitato di soverchio, forse perchè il ferro dializzato che arriva nello stomaco già precipitato dalla saliva, si ridiscioglie lentamente, sotto l'azione del succo gastrico, e specialmente dell'acido cloridrico in esso contenuto, e si assimila così mano a mano che la soluzione si compie.

Lo stesso Dott. Donato Tommasi che con tanta competenza si è occupato della questione degli idrati ferrici, e che appunto m'incaricava di presentare in omaggio alla Società nostra la memoria ad essi relativa, mi diceva che un tal modo di conciliare le conclusioni chimiche con la osservazione clinica era certo plausibilissima, tanto più che le sue ricerche hanno dimostrato, contrariamente a ciò che si credeva, che l'idrato ferrico ottenuto dal ferro dializzato, non è identico a quello preparato precipitando un sale ferrico con l'ammoniaca; e poichè codesti due idrati hanno proprietà chimiche differenti, non potrebbero avere pure diverse le proprietà fisiologiche?

Le une e le altre non dipendono esse forse, oltre che dagli elementi che entrano in un composto, dal modo con cui gli atomi sono riuniti fra loro?

Il fosforo rosso che è perfettamente isomero a quello ordinario, differisce immensamente da questo quanto a proprietà fisico-chimiche, solo perchè ha una struttura molecolare diversa.

Ecco dunque che se la chimica sembra concludere in modo contrario a quello che la clinica osservazione ci indicherebbe, la chimica stessa, considerata nelle sue reazioni entro l'umano organismo, dando ragione della diversità dei fenomeni osservati, serve a conciliare opinioni apparentemente opposte.

Voi mi scuserete, o Signori, se mi sono trattenuto soverchiamente su questo tema, che per altro ha una certa importanza di attualità, e riguarda anche più da vicino gli studii miei più abituali; io ne ho parlato appunto per questo solo riguardo, nella speranza che le parole con le quali ho esordito, vi abbiano fatti persuasi che era per me oltremodo difficile e gravoso, l'addentrarmi a lungo in un esame minuzioso delle molte e dotte memorie, che per la solerzia vostra ci fu dato sentire nello scorso anno accademico.

RAPPORTO GENERALE

SULLE

PUBBLICAZIONI PERVENUTE IN DONO

ALLA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA

DURANTE L'ANNO 1879

letto dal Segretario delle Corrispondenze, nell'Adunanza Solenne del dì 22 febbrajo 1880

ESORDIO.

Perchè prendendo la penna in mano per gettar giù queste poche colonne, ogni anno più mi sento tremar le vene e i polsi?

È stanchezza la mia? È l'intelligenza che impigrisce ed invecchia entro la teca ossea che la riveste? È timore di smarrire la diritta via in mezzo a questo turbinio di scienza nuova, a questo accumularsi di fatti e di osservazioni spesso in contradizione fra loro, a questo aprirsi di nuovi orizzonti, a questo cangiarsi e forse talora imbarbarire di linguaggio? Sarei per avventura una nave vecchia, a vele rotte, a remi infranti, a macchine consunte, che ad ogni momento minaccia di perdere la rotta in mezzo alla furia dei marosi, che le flagellano i fianchi, e ai venti che la sospingono or di qua ed or di là?

A voi accademici e colleghi risolvere questi miei dubbi. A voi giudicare e sanzionare col vostro voto, allorchè colla fine del corrente anno verrò a decadere di uficio, se io

colo, se è adeso, o incastonato, o insaccato, e di dar mano al modo più sollecito di liberarne la vessica.

Il Sig. Ettore Monreale, farmacista di Palermo, ci regala una nuova acqua emostatica, composta dice esso di pure e semplici sostanze vegetabili; quattro esperimenti due sulla femorale, e due sulla carotide di cani, incise parzialmente e poi totalmente fanno parte di questo opuscolo; le filaccia imbevute della potente acqua e tenute colla mano fortemente compresse sulla ferita, bastarono ad arrestare l'emorragia, e le ferite stesse si riunirono in seguito senza ulteriore perdita di sangue, e senza successiva produzione di aneurismi. Non val la pena di dire che il farmacista pone in luce, e s'intende il perchè, non solo gli inconvenienti di tutti gli altri emostatici conosciuti, ma anche di tutti i mezzi chirurgici che possono servire ad arrestare l'emorragie.

Se il Prof. Rizzoli avesse sul finire del 1878 potuto prevedere la scoperta del Monreale, forse la scienza non si sarebbe arricchita di una sua memoria sulla emostasia diretta nella cura degli aneurismi traumatici e delle ricorrenti emorragie per ferite ed ulcerazioni di arterie degli arti toracici, nelle 41 pagine della quale sono riferite molte storie interessantissime, arricchite da savie osservazioni, e da buoni insegnamenti pratici, fra i quali quello di fare sempre il possibile per allacciare i due capi dell'arteria lesa nel campo stesso della ferita, come il mezzo più sicuro di prevenire ogni emorragia di ritorno.

La conclusione a cui giunge il Dott. Jullien in un suo lavoro sull'amputazione del pene pubblicata nel 1873, che cioè fra tutti i metodi proposti per la medesima, antichi e moderni, il migliore sia sempre il taglio col ferro arroventato al fuoco (metodo Bonnet), può essere anche oggi accettata; sarebbe solo a domandarsi al Sig. Jullien se oggidì i progressi ottenuti nella galvano-caustica-termica permetterebbero di servirsi di questo mezzo con eguale

successo. Credo che la risposta sarebbe favorevole, in quanto fin d'allora non negava assolutamente la applicabilità di questo metodo, sebbene desse la preferenza a quello del Bonnet. Il lavoro del Jullien, per quanto la scienza corra, è sempre fresco ed interessante sia per la parte storica, sia per quella operatoria, sia per lo studio delle complicazioni primitive e secondarie e dei mezzi di rimediarvi, sia infine per la giusta apprezzazione delle conseguenze tanto fisiche che morali di tale operazione.

La curabilità del cancro, e l'utilità delle statistiche a sciogliere questa questione è il soggetto di un lavoro del Dott. Ceccherelli. La conclusione di questo lavoro, è che per ora la scienza non ci offre dati così fatti da potere formulare delle conclusioni certe sul quesito della curabilità del cancro; dice che questi neoplasmi hanno attributi anatomici comuni, ma clinici differenti secondo la loro sede, e quindi se le statistiche debbono sciogliere la questione non devono farsi generali, ma speciali, aggruppando i cancri secondo la sede nella quale si sviluppano. Ed egli stesso ne dà l'esempio, distribuendo 132 casi raccolti nel corso di 6 anni e mezzo nella Clinica chirurgica di Firenze diretta dal Prof. Corradi in tanti gruppi secondo la sede in cui il neoplasma si manifestò.

O S T E T R I C I A.

Una delle questioni che si agitano fra gli ostetrici è quella del valore e della opportunità dell'ovaro-isterotomia cesarea. La contribuzione alla statistica di questa operazione del Dott. Welponer è da voi già conosciuta e non ne parlo; solo accennerò che sopra 21 operate si ottennero 10 successi. Però secondo il Dott. Belluzzi Cesare, quando l'emorragia non è interna, ma dei margini dell'incisione uterina, dovrebbe a quella grave operazione preferirsi la sutura uterina, la quale secondo il medesimo meri-

terebbe di essere richiamata in onore, quasi a compensarla del lungo abbandono al quale fu condannata. Egli infatti la eseguì in un caso di operazione cesarea, e con felice successo, ma non per questo ripudia affatto l'operazione del Dottor Porro, cioè l'amputazione utero-ovarica, la quale però crede non si debba adottare come metodo generale.

E, se l'emorragia potesse arrestarsi con la sutura uterina, penso anche io che come operazione più semplice sarebbe a preferirsi all'amputazione utero-ovarica, e allora soltanto potrei associarmi alle parole alquanto aspre e dure con le quali il Prof. Macari, in una prelezione fatta a Genova nel 1879 col titolo di Deontologia Ostetrica, condanna una tale operazione e coloro che la eseguirono. Egli la chiama « castrazione delle donne; » e poi soggiunge: « La donna è castrata, non potrà più concepire; » « avrà nel suo organismo modificazioni analoghe a quelle » « degli eunuchi da teatro, da coro, da serraglio, dei bovi, » « dei cani ed altri animali. » È verissimo col metodo del Dott. Porro si castra la donna, e si rende infeconda, ma quella donna può fare Gesù con due mani per esserlo; ma lo scopo non è di farne un eunuco da serraglio, o da coro, ma di salvarla da un imminente pericolo che le sovrasta. E se, come egli dice, il metodo classico antico è il migliore, parmi sia meglio dimostrare ciò coi fatti alla mano piuttosto che condannare un'operazione con vane declamazioni. Dimostri pure che la morte per emorragia uterina nelle operate col metodo classico è un sogno, e non una realtà, ma finchè questa dimostrazione non sia fatta, io credo che il metodo del Dott. Porro potrà essere considerato una cruda necessità dell'arte, e perdere per ciò tutto quello che di inumano può avere quando si consideri come semplice atto operativo.

Del resto in 11 sole pagine il Prof. Macari tocca tutte questioni gravissime enunciate, discusse, e risolte

assai seccamente, e cosa insolita a frasi quasi piccanti, e roventi. Dirò di alcune.

« Per essere più tranquillo nel negarsi all'aborto
« provocato l'ostetrico (dice egli) avrebbe diritto che una
« legge del governo obbligasse tutte le fidanzate ad un
« esame ostetrico prima del matrimonio civile. » Mi avesse
detto tutte le fidanzate manifestamente rachitiche, o che
hanno qualche deformità originaria o congenita capace di
viziare il bacino, potrei anche piegare la testa, e passarvi
sù; ma tutte le fidanzate, mi pare un poco troppo. Noi
italiani siamo curiosi; gridiamo libertà nelle famiglie, e
nelle scuole, libertà nella vita pubblica, nei commerci,
nelle arti e nelle scienze, e ci crediamo anche gli uomini
più liberali dell'universo, e poi, quando vediamo, non dirò
una piaga o una cangrena sociale, ma un neo, un pre-
giudizio, un piccolo sconcio, non ci mettiamo già a pre-
dicare contro quel neo, contro quel pregiudizio, ma a
scanso di fatica facciamo invece tanto di cappello al signor
governo, e gli chiediamo che ci metta fra' piedi una pastoia
di legge coll'indispensabile regolamento. E il guaio è che
facciano ciò uomini di qualche levatura, cooperando così
a rendere il volgo sempre più inclinato a credere che il
governo debba essere la provvidenza delle nazioni, debba
far piovere acqua quando v'è siccità, dare il pane quando
c'è carestia; cooperando così a fare sparire l'iniziativa
privata e a ridurre la libertà individuale a questa semplice
frase, passar di lì per forza perchè così vuole la legge
tale all'articolo tale. All'uomo si deve insegnare a sfuggire
il male, e a cercare il bene, ma non gli si deve imporre
con una legge che fugga quello e cerchi questo; perchè
il salvarsi o il dannarsi è questione di libero arbitrio, di
libera coscienza.

E tornando alla questione i medici e gli ostetrici con-
sigliano saggiamente, non si stanchino a ripetere i consigli
confortandoli di esempi chiari e parlanti, perchè a forza

di martellare si finisce col ribadire i chiodi nel legno più duro, e perchè le idee buone, sarà questione di tempo, ma finiscono coll' attecchire. Del resto se un genitore vuol maritare una figlia rachitica senza farla visitare a un ostetrico, se un fidanzato non pensa all' avvenire, e per eccesso d' amore o d' interesse chiude un occhio ed anche due, che ci ha che fare il governo? Che cosa c'entra una legge? Lasciamo fare il padre, il fidanzato e la sposa; l'ostetrico aspetti tranquillo il suo tempo, e faccia allora del suo meglio. Nè la ragione che il Prof. Macari adduce per invocare quella legge è tale da farmi variare di concetto. Ammesso infatti che l'ostetrico non ha il diritto di uccidere nessuno, legge o non legge sulla visita delle fidanzate, non procurerà l'aborto, perchè crede in coscienza di non poterlo fare, e perchè pensa che la donna una volta che sia legittimamente o no incinta, deve subire le conseguenze tutte a cui la maternità può condurla.

Nè meno vado d'accordo col Prof. Macari in quello che scrive sul segreto professionale. Egli dice che se il prete innanzi l'assise pur deponendo si riserva di attestare diversamente da quello che sa per la confessione, anche l'ostetrico in certi casi potrà deporre attestando diversamente da quello che sa per segreto professionale. Se non si deve dare un calcio al buon senso, e tirare un velo sulla morale, io per me dico che messa in questi termini la questione mentiscono e depongono il falso il prete e l'ostetrico. E non vi sarebbe forse una via più retta? Vi è certo e l'intende ciascuno. E la via è questa; o dichiarare di non deporre perchè dal segreto professionale ne sono impediti, o di deporre e rispondere solamente a ciò che non può avere rapporto col segreto medesimo.

Non seguirò più oltre il Prof. Macari, il quale mi pare abbia già fatto abbastanza le spese di questo rapporto, tanto da costringermi a passar sopra a due memorie del Prof. Wasseige, sopra li laminaggio della testa fetale

e sugli apprezzamenti del Forceps di W. Tarnier; non che a due del Dott. Vanden Bosch sopra il bacino spondilolistesico, e sopra un mostro doppio, a due teste, tre braccia, un torace, due bacini e quattro estremità inferiori e nel quale le cose più curiose sono due, cioè: il cuore che ha un'orecchietta mediana comune con due fori del Botallo pervii comunicanti a destra e a sinistra con due altre orecchiette, e quattro ventricoli due normali, due quasi rudimentari; il fegato unico, mediano fra due stomachi e risultante dall'unione di due fegati.

OCULISTICA.

Il cav. Felice Baroffio ci offre una memoria intitolata: *Cenni sull'imperfezione della vista dal punto speciale dell'attitudine al servizio militare, e sui mezzi di constatarle, e misurarle*. Questo lavoro breve e conciso, quanto il soggetto lo permette, passando in rivista tutti i mezzi atti a raggiungere lo scopo di determinare con precisione quei difetti di vista che sono considerati dalle leggi sul reclutamento e sulle riforme, sarà d'incontestabile utilità ai medici militari, ogni qualvolta però questi abbiano bene in mente l'anatomia e la fisiologia normale dell'occhio, e non sieno affatto nuovi al maneggio delle lenti e specialmente dell'oftalmoscopio.

Il Dott. Grazi Vittorio in una breve nota rende conto di alcuni confronti fra la fisiologia e la patologia dell'occhio e dell'orecchio che si trovano in una monografia sulla pressione intra-laberintica pubblicata in Parigi dal Dott. Morisset, e con qualche argomento e fatto cerca di appoggiare l'opinione del medesimo che fra questi due organi sia molta similitudine per quanto servano a sensazioni diverse. A me sembra veramente che la struttura anatomica di questi organi sia nell'insieme molto differente in rapporto coll'elemento diverso che li impressiona, e che

la loro patologia non abbia poi tutta quella similitudine che i Dottori Morisset e Grazzi credono quando non ci si limiti a malattie che possono esser comuni a questi due organi non solo ma anche a molte altre parti del corpo.

S I F I L O G R A F I A.

La sifilide cerebrale, alla quale nel 1877 portava un contributo il Dott. Celso Pellizzari; e poi nel 1879 uno nuovo colla sua memoria sulla Sifilide Epilettiforme, è pure in quest'ultimo anno arricchita di due nuovi fatti dal Dott. Levi di Venezia, uno dei quali a forma congestiva rapidamente guarito colla cura specifica, l'altro a forma prima di cefalea, e poi di epilessia unilaterale per gomma caseificata nella seconda circonvoluzione frontale.

Il Dott. Jullien, già ricordato, inviava alla nostra biblioteca un trattato delle malattie veneree e sifilitiche ricco di fatti, di considerazioni giuste, di sana critica, che mostrano in esso un buon criterio, e una diligente osservazione, ma del quale non posso darvi nè meno un corto cenno per ragione di brevità. Non meno interessante è un lavoro del medesimo intitolato: *Ricerche statistiche sull'Etiologia della Sifilide terziaria*. Studia con la scorta di un buon numero di osservazioni la sifilide lasciata a sè, curata fin dal suo esordire col mercurio, e la medesima curata egualmente ma solo alla comparsa dei fenomeni secondarii, per vedere quando, come gravi e di che natura compariscano le forme terziarie. Risultato ultimo di queste statistiche ed osservazioni sarebbe che le forme terziarie si hanno, più benigne nella sifilide lasciata a sè stessa, più gravi in quella curata fin dal principio coi mercuriali, e più gravi ancora in quella curata ugualmente al sopraggiungere di forme secondarie. Così per esempio le forme terziarie testicolari e nervose si osserverebbero quasi esclusivamente negli ultimi due gruppi.

Certo che il numero delle osservazioni non è tale, e ne conviene lo stesso Jullien, da ritenere tale conclusione definitivamente provata, ma in ogni modo il lavoro merita l'attenzione dei sifilografi, e lascia il desiderio di vedere continuate tali osservazioni, giacchè, dato che la conclusione del Jullien fosse provata, mi pare che ne verrebbe quasi la conseguenza, che il miglior sistema da seguirsi nella cura delle sifilide, sarebbe quello di lasciarla a sè fino alla comparsa dei fenomeni terziarii.

M E D I C I N A.

Pregievole per chiarezza, per concisione e nello stesso tempo per opportunità di osservazioni, è il rendiconto sommario della Clinica del Prof. Burresi anno 1877-78, compilato dal Dott. Michele Michelacci. I casi più interessanti vi sono esposti con diligenza, corredati da quelle indagini che la scienza moderna richiede specialmente in un clinico insegnamento; vi sono indicati i sistemi di cura e le ragioni che li consigliarono e che possono guidare il medico in casi consimili. Ma un tal lavoro si legge, si ricorda, ma non si riassume in poche parole.

Dopo avere scorso una memoria sull'indirizzo alla diagnosi e alla cura della pneumonite da malaria del Dott. Ottavio Leoni, sono tornato al capitolo polmoniti di quel rendiconto, e confrontando la sintomatologia sia locale che generale, le curve termometriche, il risultato dell'esame delle urine, la cura suggerita tanto della pneumonite da malaria del Dott. Leoni, quanto di quella osservata fra noi nel 1877-78, e che il Michelacci dice potersi chiamare adinamica, sono venuto nella convinzione che queste due specie di pneumonitidi non siano che una sola e medesima cosa, se si eccettua quel che di speciale proveniente dall'influenza del miasma palustre da una parte e dall'influenza di un'infezione tifica dall'altra, e che specialmente si rende

manifesto nei caratteri febbrili, e generali e dal che deriva qualche differenza nella cura. Credo infine che ambedue sieno flogosi polmonari modificate da particolari condizioni endemiche ed epidemiche, ma in ultima analisi non rappresentino che una forma sola di malattia. L'esito finale è vero sarebbe diverso, giacchè il Dott. Leoni assicura che la mortalità non è grave nelle pneumonitidi da malaria, mentre le pneumoniti dominate e tuttora dominanti fra noi sono spesso e rapidamente mortali; il che forse potrebbe spiegarsi coll'azione più pronta dell'infezione tifica, e con la più lenta dell'influenza miasmatica.

Il Dott. Levi di Venezia racconta la storia di un empiema sinistro in una bambina di nove mesi curato felicemente prima col votamento per mezzo di un aspiratore, poi con la toracentesi fatta con piccolo trequarti, con l'introduzione successiva di una siringa e poi di un tubo da drenaggio e iniezioni di una soluzione di solfato di soda al 10 % riscaldata quasi alla temperatura del sangue. Da questa osservazione conclude che nel caso di empiema nei bambini sia buona regola di ricorrere prima al votamento per aspirazione per 1, 2 e 3 volte, e infine se il liquido, continua a riprodursi, e tanto più se diviene fetido e icoroso, si debba incidere, introdurre un tubo di drenaggio e per quello fare iniezioni colla soluzione sopra indicata. Forse la conclusione sarebbe azzardata sopra un fatto unico, ma a buon conto merita di essere ricordata per sperimentarla in casi di simil natura.

Le inalazioni di petrolio fatte tenendo attaccati dei pannilini spruzzati di questo liquido al collo di bambini affetti da tosse convulsiva, avrebbero servito a guarirli nel corso di 10 giorni secondo il Dott. Galassi. Anche questa è osservazione che merita conferma dall'esperienza.

Ed ora entriamo in un campo di lotta moderna dove combattono valorosamente fisiologi e clinici; dove è lotta è facile comprendere che non si trova l'accordo. Osservazioni

recenti e molte alle quali hanno preso parte fisiologi di tutti i paesi avrebbero dimostrato esistere alcuni punti della sostanza grigia del cervello, che eccitati producono mali convulsivi limitati a certi organi, e questi punti furono indicati col nome di centri motori. Sulla natura di questi centri non sono però concordi gli stessi fisiologi; giacchè secondo alcuni il movimento deriverebbe dall'eccitazione della sostanza grigia, secondo altri, fra cui lo Schiff, i moti sarebbero riflessi perchè quei punti sarebbero in rapporto con le parti che presiedono alla sensibilità; mentre infine altri sostengono che l'eccitazione sia solo trasmessa attraverso la sostanza grigia fino alle fibre motrici bianche. Che dicono da un'altra parte i fatti clinici e le osservazioni di anatomia patologica? Gli accessi epilettiformi hanno fornito il materiale di osservazione, ma i fatti non sono molti, nè tali da risolvere la questione. Infatti il Morselli (per stare a ciò che riguarda questo rapporto) nel 1877 stampava una sua conferenza sugli accessi epilettiformi consecutivi a lesioni traumatiche delle circonvoluzioni anteriori del cervello, le cui conclusioni sarebbero che l'epilessia è un sintoma complesso d'origine varia: che talvolta dipende da una lesione delle parti corticali anteriori del cervello, specialmente delle circonvoluzioni fronto-parietali ascendenti, entro una certa zona detta epilettigena, corrispondente in gran parte a quelle circonvoluzioni ove sono i centri motori di Hitzig e di Ferrier. I Dottori Barduzzi e Magi in una memoria sulle localizzazioni nella corteccia degli emisferi cerebrali, riferendo gli studj molto diligentemente fatti in un caso di perforazione del cranio per epiteloma concludono invece: Che il numero grande di esperimenti e i pochi casi clinici veramente chiari e convincenti non autorizzano ad ammettere in modo assoluto l'esistenza di centri speciali nella corteccia cerebrale sieno essi di movimento, sensori, o vegetativi: che l'esistenza di certi rapporti fra la corteccia cerebrale e i gangli ba-

silari è a ritenersi come un fatto dimostrato: che non si può accordare molto valore all'esperienze praticate sugli animali perchè gli studj comparativi dimostrano esistere notevoli differenze anatomiche e funzionali fra il cervello degli animali e quello dell'uomo.

Dunque domanderò a mia volta? Unica conclusione possibile parmi esser quella che l'eccitazione della corteccia cerebrale specialmente di certe circonvoluzioni degli emisferi cerebrali può produrre moti convulsi epilettiformi, ma che ancora resta a provare se ciò avvenga per la sola eccitazione della sostanza grigia o per propagazione che si faccia di essa ad altre parti di quell'intralcio e composto organo che è l'encefalo. Si è infine constatato fisiologicamente, chimicamente, patologicamente un fatto, ma non se ne è data una spiegazione, che possa dirsi assolutamente provata.

Non posso passare sotto silenzio i cenni sulla peste del Generale medico Dott. Manayra, piccola monografia di questa malattia, tratteggiata e descritta col soccorso degli antichi autori che ne discorsero, e delle moderne pubblicazioni sull'ultime epidemie osservate, e specialmente della più recente avvenuta in un distretto della Russia meridionale e specialmente nella borgata di Wtjjenka. Parla delle sue varie apparizioni, della sua contagiosità, del modo di propagarsi, del quadro fenomenico che la rappresenta, della cura e dei mezzi di impedirne la diffusione. Non volendo tornare a discorrere dell'efficacia delle quarantene contro i contagi, nè della facilità di limitarne la propagazione sul luogo ove insorgono coll'isolamento, ripetendo ciò che altra volta dissi su tale subietto in una mia breve lettura, mi limiterò a fare una osservazione su quanto afferma il Dott. Manayra, essere cioè il salasso il miglior rimedio per questa infermità. Da vero che dopo aver letto la sintomatologia della peste, questa prescrizione terapeutica mi è sembrata in aperta

contraddizione col modo di presentarsi e di decorrere di essa. Ho dovuto dire fra me e me o i sintomi della peste non sono quelli, o la cura più opportuna non può essere il salasso. Infatti la sintomatologia è tale da caratterizzare la malattia per una di quelle da infezione generale gravissima, quasi un tifo portato a un grado estremo di virulenza. Ora non so comprendere, dato che io non mi inganni nell'apprezzamento dei sintomi, come il salasso, oggidi abbandonato quasi affatto anche nelle flogosi più genuine, possa convenire alla cura della peste, alla quale al contrario dovrebbe logicamente convenire una cura tonica, analettica e antizimotica, a meno che il salasso nell'andare in disuso, non abbia fatto il miracolo di acquistare tutte queste virtù curative, che anche nei tempi del maggiore abuso di esso non gli vennero certo attribuite.

•

PSICOJATRIA.

• Due sole memorie ho qui da ricordare, una del Dott. Morselli intitolata, Leucodermia parziale (Vitiligo) degli alienati e una prelezione del Prof. Francesco Bini che ha per soggetto la definizione e la classazione delle varie forme di alienazione mentale. Sulla prima potrei domandare ai dermatologi se veramente l'infermità descritta e illustrata dal Dott. Morselli con belli esempi sia unicamente propria degli alienati, o sia solamente fra essi più frequente. Sulla seconda mi rivolgerò agli specialisti attendendo il loro giudizio su cosa di tanto momento quale è oggigiorno la classificazione delle psicopatie, non senza però dichiarare che la proposta divisione a mio avviso riunisce la semplicità alla chiarezza.

MEDICINA LEGALE.

Due questioni importantissime ha dovuto trattare in questi ultimi anni il Prof. Bini innanzi ai tribunali, e di

queste rende conto in due sue memorie, nelle quali è molta saviezza d'apprezzamento dei fatti resultanti dai processi, e molta ricchezza di osservazioni per le quali si vengono a distruggere e combattere varie idee false che intorno ai matti si hanno non solo dal volgo ma anche da uomini colti. Era Carlino Grandi un uomo da manicomio o da stabilimento penale? In un processo dibattutosi all'Assise nella Città di Livorno si trattava di omicidio come fu ritenuto, o di suicidio come pensava il Prof. Bini? In casi consimili il consultare questi due scritti rispiarmerà molto tempo e fatica. E qualunque possa essere la convinzione individuale bisogna convenire che il Prof. Bini in questi due scritti, non stiracchia la scienza per farla servire ad idee preconcelte, ma di quella si serve coll'intendimento di illuminare la giustizia, e per sostenere idee e concetti dei quali apparisce pienamente convinto. Calmo negli apprezzamenti, tranquillo nell'argomentare, non cala fendenti, nè tira stoccate; non combatte cogli aforismi e con le sentenze, ma coi fatti e con le osservazioni raccolte dallo studio e dalla pratica giornaliera dell'uomo che ha perso il bene dell'intelletto e della coscienza.

La relazione del Dott. Domenico Barduzzi al 5° Congresso dei Medici condotti tenuto in Pisa nel settembre 1878 intitolata i periti medici alle Corti d'Assise, porterebbe una vera rivoluzione in ciò che riguarda l'amministrazione della giustizia, proponendo l'abolizione della perizia medica e della denunzia obbligatoria, la istituzione dei periti medici giudiziarii, e oltre a ciò una giuria speciale, e nei casi controversi un magistrato supremo medico che fosse l'arbitro della questione. Questa conclusione è preceduta dalle seguenti parole: « Non ho certamente preteso discutere questa tesi in ogni sua parte, ma solo ho voluto esporvi quali sarebbero le modificazioni che mi sembrano più necessarie e più urgenti a studiarsi per la tutela della nostra dignità e per il buon andamento della

giustizia. » Veramente nemmeno io ho oramai tempo di discutere a fondo questo importante soggetto e mi limito a poche osservazioni. Col sopprimere la denuncia obbligatoria non si giova al buon andamento della giustizia, perchè talora quella denuncia può essere il primo indizio per porre in avviso l'autorità giudiziaria di un delitto; nè posso convenire che il medico faccia per questo il denunziatore come dice il Barduzzi; per me fa quello che ogni buon cittadino deve; dà conto di un fatto che può essere o no delittuoso, ma che in ogni modo è bene che sia a notizia di chi ha l'incarico di ricercare e punire i delitti. Quanto alle perizie mediche, se per ciò si deve intendere il rendiconto di osservazioni a cui è stato chiamato, sono necessarie perchè forniscono l'elemento primo per procedere nel giudizio. Che queste perizie sieno talora fatte male, che diano luogo poi a discussioni pubbliche che potrebbero evitarsi è certo, e ho detto molte volte il perchè, ma la soppressione di queste non gioverebbe nè alla dignità del medico, nè all'andamento della giustizia. In quanto alla giuria medica, potrei forse rivendicarne la priorità; basterebbe tornare colla mente alla mia lettura sul criterio per giudicare della gravità delle ferite, memoria che conta qualche anno; ma la giuria fù giudicata allora cosa non pratica, nè attuabile. Del resto poi si persuada il Dott. Barduzzi che nelle discussioni legali mediche molti degli inconvenienti che si verificano dipendono dagli stessi medici periti, i quali ancora non hanno inteso che in quelle bisognerebbe sempre stare al fatto, adoprando della scienza solo quanto basta per illustrarlo e dilucidarlo; bisognerebbe che i periti stessi si limitassero a fare da medici e non si atteggiassero ad avvocati, e senza sposare nè la difesa nè l'accusa illuminassero la giustizia fin dove la scienza lo permette, ma non trascinassero questa nel fango col volere talora provare ciò che non è, o sostenere ciò che è assurdo. In una cosa convengo

col Barduzzi che uno dei più grandi errori sia quello di chiamare i periti in giudizio all'improvviso e senza sapere nè conoscere di quale operazione da loro eseguita si tratti, o quali questioni vi si debbano agitare.

I G I E N E.

Niente mi offre di particolare e di nuovo. Solamente per quanto l'argomento sarebbe più di chirurgia militare che d'igiene, ricorderò un rapporto del Dott. Felice Baroffio sopra una conferenza del Capitano medico Dottore Luigi Gottardi intorno la composizione dei convogli spedali. Il Gottardi non osa di proporre la costruzione di carri o vagoni appositamente costruiti a tale scopo, e vorrebbe solamente obbligare le direzioni delle ferrovie a seguire nella costruzione di essi certe date norme, e ad aggiungervi certi accessori per poterli prontamente trasformare in vetture spedali. Io invece sarei d'avviso che o per iniziativa del governo, o per iniziativa privata, o per il concorso riunito del governo e di una società permanente di soccorso ai feriti, dovrebbe aversi il coraggio e la previdenza di costruire vagoni e carri ad uso di trasporti di feriti, secondo quelle norme che la pratica di altri paesi che ci precederono suggerisse, perchè essi devono avere condizioni speciali di costruzione, di riunione e di comunicazione affatto proprie e particolari quando si voglia raggiungere lo scopo. Questi vagoni in tempo di pace dovrebbero essere suddivisi e conservati nelle principali stazioni, per essere impiegati al trasporto di malati o di feriti dietro richiesta privata, e utilizzati in qualcuno di quei disastri ferroviarii che talora si verificano anche fra noi. In tempo di guerra poi passerebbero a far parte del materiale d'ambulanza.

FISIOLOGIA E ANATOMIA.

Varie memorie ho ricevuto in quest'anno d'argomento fisiologico e anatomico nell'esame delle quali non mi è possibile di entrare visto il tempo che stringe: fra le più importanti accennerò gli studii del moto psichico e della coscienza del Dott. Alessandro Herzen, la memoria del Dott. Tafani sull'organo del tatto studiato nell'uomo e in altri vertebrati, quella del Prof. Romiti sulla struttura della placenta umana e più specialmente sulla natura del rivestimento del villo placentale.

COMMÉMORAZIONI

PROF. ANTONIO MARCACCI.

Nel Corriere dell'Arno 21 settembre 1879 si leggono le seguenti parole: « ogni giorno muore una parte di noi, « poichè la vita umana non è soltanto una serie di fenomeni fisici che dalla creazione arrivano fino alla distruzione dell'organismo individuale: la vita è una per la « umanità intiera, per le generazioni che abitano la faccia « del mondo, e forse la miglior parte di noi stessi vive « e muore negli altri e cogli altri, cui ci legano affetti, « memorie e consuetudini dolcissime. » È bene per questo che nelle associazioni scientifiche usa commemorare i soci defunti. È bene per questo che debbo oggi non tesservi la vita ma a semplici e brevi tratti ricordarvi alla memoria due colleghi carissimi che ebbero parte non poca nel

movimento scientifico dell'epoca nostra, e che servono di anello di congiunzione fra una generazione che passa e una che ne raccoglie l'eredità.

In Vicarello l'anno 1818 nasceva il Prof. Antonio Marcacci, che nel 1839 nel Pisano Ateneo prendeva la laurea medica, per poi nel settembre dello stesso anno dal collegio medico fiorentino ottenere la matricola medica e la chirurgica come era allora costume. La sua carriera medica e scientifica si svolse tutta nella città di Pisa, ove esercitò l'arte sua, e nella cui Università lungamente insegnò. Chirurgo astante negli spedali Pisani nel 1842; aiuto alla clinica chirurgica del Prof. Regnoli dal 1844 al 47; professore di anatomia umana da prima, e nel 1849 di patologia chirurgica subentrando al Prof. Ranzi chiamato a Firenze.

In questi due insegnamenti ebbi la fortuna di averlo maestro durante i miei studii universitarii, e lo ricordo ancora, come se egli mi fosse presente. Statura media, colorito tendente al terreo, occhio dolce e tranquillo, faccia allungata, fisionomia sorridente, modi piacevoli; tenacità di propositi unita a estrema modestia; gesto sobrio; parola alquanto monotona, ma pronta, direi quasi irrompente precipitosa senza danno dell'ordine e della chiarezza dello esporre: in cattedra era paragonabile a un torrentello gonfio di acque limpide, e scorrenti mantenute da una fonte sempre fresca e inesauribile.

La sua vita non fu certo lunga, ma sempre operosa. Senza essere un genio, seppe perseverare nello studio per tutta la vita e seguire i progressi della scienza che insegnava senza addormentarsi sotto gli allori di una posizione presto acquistata. Ebbe un cuore eccellente per cui l'arte esercitò con decoro, e con amore, e Pisa lo rimembrerà ancora lungo tempo come uno dei migliori chirurghi, che sanno unire l'arditezza alla prudenza, il sangue freddo all'amore dell'umanità sofferente.

Cittadino amò la patria, e ancorchè già una famiglia gli sorridesse all'intorno e lo carezzasse delle sue gioie, il battaglione universitario lo vide fra i suoi luogotenenti, intrepido al fuoco, amoroso e sollecito coi feriti.

Scienziato lasciò pochi scritti, che pure bastano ad attestare, come fosse diligente osservatore, e dotato di un criterio giusto col quale sapeva sceverare il buono dal cattivo, per farne pro nella pratica e nell'insegnamento.

Fino dal 1843 pubblicava la sua memoria sul meccanismo dei moti del petto, osservazioni ed esperienze in alcuni mammiferi; ove è una descrizione anatomica dei muscoli intercostali esterno ed interno, e del triangolare dello sterno, alla quale succedono le esperienze per provare quale sia l'azione di questi muscoli nei moti specialmente di inalzamento e abbassamento del torace. Per questa memoria ebbe a sostenere una polemica col Prof. Filippo Pacini il quale si fece a sostenere idee differenti.

Pubblicò pure una memoria sull'operazione dell'empima, un'altra sui tumori erettili curati con la corrente elettrica; una sull'enfisema cancrenoso delle parti non mortificate e come e quando possa controindicare l'amputazione di un arto sfacelato, nella quale conclude per un fatto proprio, come per altri fatti raccolti da autori « che
« la pratica dell'amputare, anche nel caso di processo
« cangrenoso percorso dall'enfisema, sia fondata sopra
« giusti principii. »

Ma più interessante è l'altro scritto che ha per titolo frammenti sugli aneurismi spontanei pubblicato nell'anno 1857, nel quale dopo aver passato in rivista i varii metodi di cura, si domanda « avremo dunque nel
« metodo irlandese (ossia nella compressione indiretta,
« parziale e alternata), un mezzo di cura per tutti gli
« aneurismi? » E dopo aver risposto di no perchè certe località non vi si prestano soggiunge: « ecco la necessità
« di fare studio diligente dell'individualità patologiche

« per applicare ai singoli casi quella forma di terapia
« che meglio le convenga. » Avvertenza molto savia in
chirurgia ove lo sposarsi esclusivamente di un metodo, e
di un processo è spesso errore grave e fatale, che procura
disinganni al chirurgo e sventura agli infermi.

Un' altra memoria pubblicò nel 1869 sulla tracheo-
tomia nel croup, nella quale, dopo avere accennato le opi-
nioni diverse avute dai chirurghi sulla sua applicabilità,
osserva come al pratico manchi una guida sicura per ese-
guirla nell' affezione cruppale, e fa voti perchè una larga
serie di osservazioni vengano a sciogliere definitivamente la
questione, in modo da dare al chirurgo un criterio sicuro
per appigliarvisi con tranquillità di coscienza e con fon-
data speranza di successo. Questo voto non è forse fino a
qui esaudito, perchè ancora non si sa bene in quali casi la
tracheotomia abbia a farsi ed in qual momento, e perchè
solamente ad essa si ricorre come a rimedio estremo,
per evitare la morte da soffocamento, senza sapere se
essa sarà evitata.

Dal 1860 al 1863, diresse la ristampa e continuò
l'opera di patologia chirurgica e di medicina operatoria
dei Prof. Ranzi e Regnoli.

Egli seguì nell'insegnamento fino alla fine dell'ultimo
anno scolastico, e mentre era in Vicarello paese natale a
ritemprare le forze per proseguire nella sua vita operosa
e benefica, grave si manifestò il morbo epatico che forse
da tempo latente in lui si nascondeva, e in poco tempo
fu tolto agli amici moltissimi che ebbe, ai colleghi di uni-
versità che lo rispettavano ed amavano, alla famiglia che
l'adorava e a cui rispondeva di pari affetto, all'insegna-
mento ed all'esercizio nei quali era stato infaticabile.

Fu cavaliere dei SS. Maurizio e Lazzaro; socio di
varie accademie, e della nostra corrispondente.

Della nobile, e certo non ingloriosa schiera di uomini
illustri che mi guidava nei primi passi della scienza in Pisa

e in Firenze era uno dei pochi superstiti. Ora anche egli è disceso nella tomba, sulla quale non senza dolore ho dovuto spargere un fiore, umile sì, ma accompagnato da quell'affettuosa riconoscenza che ai maestri lega i discepoli.

PROF. CARLO MORELLI.

Fra il Morelli e il Marcacci sono alcuni punti di contatto. Questi per dolcezza di carattere, affabilità di maniere, e diligenza nell'esercizio privato, fu caro alla città di Pisa; quelle medesime doti resero popolare in Firenze il Dott. Morelli fin dalla sua prima gioventù. L'uno nel campo chirurgico, l'altro nel medico, nell'igienico, nel forense e nell'educativo seguirono sempre quel metodo che fa precedere l'analisi alla sintesi, il fatto alla teoria. L'uno modestamente nell'insegnamento al quale presto salì, l'altro molto più con la penna recarono non poco lustro alla scienza. Nati a due anni di distanza, morti nell'anno medesimo e nel medesimo mese, seppero farsi largo più per merito proprio che per cercata protezione.

Il Morelli per altro era una mente più larga; aveva erudizione più estesa; attitudine a spaziare in campi diversi e in orizzonti più vasti; era infine un'individualità più spiccata di quella del Marcacci, talchè riesce certo più difficile, in brevi parole, il dipingerlo e lumeggiarlo come si converrebbe, e come ne avrei desiderio.

Egli nasceva in Campiglia Marittima il 16 dicembre 1816 da padre medico, più ricco di famiglia che di averi, il quale non senza proprio sacrificio avviò il figlio agli studii, e lo mantenne in Pisa, ove al Prof. Savi parve prometter tanto che gli ottenne un posto governativo. Laureatosi in Pisa nel 1839 si matricolò in medicina nel 1841. Fu quindi medico astante in S. M. Nuova, e poi medico curante nell'Arcispedale medesimo, ove tenne sempre con diligente solerzia e con profitto di chi lo seguiva un

turno medico. Numerosa e scelta clientela ebbe subito nel suo esordire, ed in mezzo alle non poche occupazioni di essa presto il suo nome si fece vivo nella medica letteratura con varii scritti sovra importanti subietti, svolti con eleganza di dettato e con ricchezza di concetti, in parte attinenti alla medicina forense, in parte a quella pubblica. E fra questi suoi giovenili lavori spicca per novità d'idee e per importanza quello che porta per titolo: *Della scienza Psicologica in rapporto alla legge*; nel quale, come dice il Dott. Stacchini nel cenno necrologico di questo illustre collega, cenno che mi permetto di saccheggiare, si parla per la prima volta dei manicomi criminali, e si accenna la necessità di separare dai delinquenti comuni coloro che commisero qualche delitto sotto l'influenza di aberrazioni mentali.

Nel 1855, tornando da Volterra ove per incarico del Governo Granducale venne invitato a visitare il carcere e a referire sulle condizioni igieniche dei reclusi, tenne per qualche tempo la cura delle malate cutanee in Santa Lucia. Qui apparve nel Morelli quella speciale attitudine, non troppo comune, o almeno non sempre fonte di prosperi successi, di applicarsi e riuscire a branche diverse dello scibile, sapendo trar partito dalle occasioni che gli si offrivano per raccogliere fatti, ordinarli, studiarli e dedurre. Difatti debbonsi a questa attitudine il suo lavoro sulla pellagra nei rapporti sociali, e la sua opera sulle malattie della pelle, pubblicata nel 1863 quando già era tornato al turno medico in Santa Maria Nuova, ma certo molto prima concepita, e incominciata coi fatti raccolti nel tempo che attese a quella specialità nello Spedale di Santa Lucia.

Sempre attivo e intraprendente, non contento dell'esercizio privato ed ospitaliero, dedicò la sua mente, e la facile penna al giornalismo come fondatore in unione di altri medici del Giornale *Il Tempo*, come direttore della

Cronaca medica, come scrittore nello *Spettatore*, negli *Annali di Milano*, nella *Temi*, nella *Nazione* nei quali apparvero molti suoi pregevoli scritti.

Nell'anno 1860 fu nominato professore supplente di Storia della Medicina, e nel 1861 nell'Aula Magna della nostra scuola lesse la prelezione al corso che si era proposto di dare. Ma quell'insegnamento nacque di mala vita e morì appena emesse il primo vagito. Perchè? Per una di quelle ragioni che non s'intendono così facilmente, e che forse ne nascondono altre. Dopo essersi infatti creato l'insegnamento di storia della medicina, anzi averlo da Pisa trasferito in Firenze, fu stabilito che questo insegnamento non fosse obbligatorio per i giovani praticanti in questa scuola. — Singolar cosa davvero! — Non importa forse conoscere il passato di una scienza che siamo chiamati a coltivare? Basta saperne quanto ne vocifera o quanto ne insegna il presente? È inutile affatto conoscere per quali vie, per quali controversie, per quali peripezie, traverso quali ostacoli potè vivere, tramutarsi, diffondersi migliorarsi fino ad oggi? Per opera di chi specialmente in questa lunga vita rifulse di luce più viva? E pure parrebbe che si fosse pensato bastare che si sappia che vive oggi e che avendo alquanto di senno, e un poca di fortuna può darci il pane quotidiano. Ciò, non lo nego, parmi assurdo e incredibile, tanto che è da supporre che tale disposizione dovesse avere qualche altra cagione forse meno bella, meno logica se è possibile, ma più vera, e più occulta. Il fatto è che non essendo obbligatorio l'insegnamento al quale era chiamato, i giovani non se ne curarono, perchè fra noi pare che ancora sia buona massima quella di studiare solamente ciò a cui ci obbligano, e mancando al Prof. Morelli uditori, e repugnandogli di avere una paga e una cattedra senza cura, offerse le sue dimissioni che vennero nell'anno 1863 accettate. Nell'anno stesso pubblicava però i suoi prolegomeni alla storia della

medicina e col darli alla luce volle forse dimostrare che già aveva posto il pensiero a corrispondere degnamente all'incarico avuto, e invero, se il Dott. Morelli non sali la cattedra, non gli mancavano nè ingegno, nè studii, nè parola per tenerla con onore.

Dal 1866 al 70 abbandonò la vita medica per dedicarsi alla pubblica, come deputato, nel quale ufficio portò la diligenza consueta, e pose in opera le forze intellettuali che aveva e il tesoro delle cognizioni acquistate, occupandosi specialmente dell'istruzione, e delle colonie agrarie del Regno che visitò, presentando infine una relazione al Ministero, dopo la quale fu nominato Cav. della Corona d'Italia, mentre fino dal 1863 lo era dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Tornato alla vita privata si occupò ancora con amore della istruzione, degli ospedali e più specialmente dei nostri, ove riprese l'esercizio medico, e infine del convitto d'Assisi del cui comitato fu presidente; di questo potè vedere l'apertura, in occasione della quale fu nominato Commendatore della Corona d'Italia e proclamato benemerito cittadino del comune d'Assisi.

Una grave, lenta e dolorosa malattia che lo colpì sul finire dell'anno 1877, lo tolse alla famiglia, agli amici e ai colleghi il 13 settembre 1879.

Due cose distinguevano il Morelli, la tenacità dei propositi, e la fermezza nelle proprie opinioni che sapeva sostenere a viso aperto colle parole e con la penna, pur sapendosi nella polemica mantenere in quei limiti di urbanità che giovano a fare valere e apprezzare le proprie opinioni.

Così, sulla guida e più brevemente del Dott. Stacchini, io non vi ho nemmeno abbozzato la vita del Dott. Morelli che fu nostro socio e Segretario degli Atti per qualche tempo. A renderlo intiero, a giudicarlo completamente, ad apprezzarne i meriti del cuore e della mente, occorre-

rebbe scrutarlo, attentamente studiarlo e discuterlo in ogni pagina dei suoi scritti, nel concetto che li ha ispirati, nel modo con cui sono svolti e condotti. E questa non può essere opera che di una mente più vasta, e di una penna più erudita e spero che sarà fatto, contentandomi intanto di avere ricordato a voi, per quanto a me non spettasse, un illustre collega il quale può dirsi avere solamente avuto dalla sua questi due santi protettori, il proprio ingegno e la propria operosità, la quale non si smenti nemmeno nelle brevi tregue della sua non breve malattia.

Dott. R. ZANNETTI.



ELENCO DELLE PUBBLICAZIONI

INVIATE IN DONO ALLA SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA

DURANTE L'ANNO 1879

Accademia medica di Roma. Atti. Anno 1879.

— medico-chirurgica di Napoli. Rendiconti delle adunanze e lavori. Anno 1879.

— medico-chirurgica di Modena. Atti. Anno 1879.

ALESSANDRI Prof. EMILIO. Di alcune acque minerali sorgive della Toscana. Milano 1878.

— Analisi delle acque salmo-magnesiache del Debbione. Livorno 1878.

— Della fabbricazione dell'amido di Riso e impiego dei residui per la produzione d'ingrassi. Prato 1878.

— Il Mesembrianthemum Crystallinum che si coltiva sulle spiagge della Sicilia e la soda naturale. Torino 1877.

— Della fabbrica dell'acido tartarico. Torino 1877.

— Delle decolorazioni degli olii mediante l'ozono. Livorno 1875.

— Studii di farmacologia (fascicoli 2). Livorno 1875.

— Le acque potabili della città e contorni di Livorno. Prato 1879.

Associazione nazionale dei medici comunali. Bullettino n° 12.

BANTI Dott. GUIDO. Le cellule piane di connettivo nei loro rapporti colle neoplasie infiammatorie e cellule gigantesche. Firenze 1879.

— Contributo allo studio delle pneumoniti da infezione. 1879.

BARDUZZI Dott. DOMENICO e MAGI Dott. Sulle localizzazioni nella corteccia degli emisferi cerebrali. Milano 1879.

BARDUZZI Dott. DOMENICO. Quadri statistici della clinica chirurgica di Pisa diretta dal Prof. Pasquale Landi. Pisa 1879.

— I periti medici alle corti d'Assise. Pisa 1879.

BAROFFIO Dott. FELICE. Cenni delle imperfezioni della vista dal punto speciale dell'attitudine al servizio militare e sui mezzi per constatarli e misurarli. Roma 1879.

— Rapporto alla R. Accademia di Torino sulla conferenza fatta dal Capitano Medico Dott. Luigi Gottardi sulla composizione dei convogli spedali. Torino 1879.

— L'Omeopatia alla esposizione di Parigi.

- BELLUZZI Dott. CESARE. Operazione cesarea seguita da sutura uterina con esito felice per la madre e per il figlio. Bologna 1879.
- BERRUTI Dott. GIUSEPPE. Relazione sull'ospizio marino Piemontese.
- BIECHY Dott. E. D'une révolution dans les constitutions médicales et dans la méthode thérapeutique durant le cours du siècle actuel (M. S.).
- BINI Prof. FRANCESCO. Se vi sia nel caso tentativo di suicidio o di omicidio considerazioni medico-legale. Reggio Emilia 1879.
- Perizia medico-legale nel processo contro Carlino Grandi. Reggio Emilia 1878.
- Definizione e classazione delle pazzie; prelezione al corso clinico. Firenze 1879.
- BIZZARRI Dott. ALESSANDRO. L'olio d'oliva, sua estrazione, chiarificazione; mezzi per constatarne la purezza ec. (3^a Ediz.). Firenze 1879.
- BORGOTTI Dott. AMERIGO. Parole pronunziate sul feretro del Dott. Conte Ugo Giglioli. Firenze 1879.
- BOS Dott. ALFONSO. Soccorsi agli asfittici, traduzione dal francese con note del Dott. Sassi. Poggibonsi 1879.
- BOSCH Dott. VANDEN. Description d'un monstre double. Bruxelles 1879.
- BOSI Prof. LUIGI. Opere minori. Livorno 1879.
- BRIGIDI Dott. VINCENZO e TAFANI Dott. ALESSANDRO. Leucocitemia e linfoma maligno. Firenze 1879.
- CECCHERELLI Dott. ANDREA. Sulla patogenesi e terapeutica del cancro. Firenze 1879.
- CELONI Dott. PIETRO. Sopra un caso di iperpiressia nel corso di una poliartrite reumatica, e considerazioni sull'essenzialità della miliare. Bologna 1879.
- Sopra un caso di pleurite a sinistra con versamento e di pericardite per reumatismo acuto poli-articolare.
- FELICI LUIGI. Dei calcoli fissi della vescica. Ancona 1879.
- GALASSI Professor LUIGI. Sulla Terapia della febbre ricorrente miasmatica. Roma 1879.
- Gazzetta del Manicomio di Macerata. Alcuni numeri.
- GRAZZI Dott. VITTORIO. Confronti e analogie fra l'organo della visione e quello dell'udito. Firenze 1879.
- Hygiene of the sea, translated from the Italian by Frederick W. Wright. London.
- Le istituzioni e gli oggetti di salvataggio e di soccorso agli asfittici. Firenze 1879.
- HERZEN Prof. ALESSANDRO. Il moto psichico e la coscienza. Firenze 1879.
- Journal d'Hygiène. Paris 1879.
- JULLIEN Dott. LOUIS. De la trasfusion du sang. Paris 1875.
- Recherches statistiques sur l'étiologie de la siphilis tertiaire. Paris 1874.
- De l'amputation du penis. Paris 1873.
- Traité pratique des maladies vénériennes. Paris 1879.
- LANINI Dott. ANTONIO. Reminiscenze e pensieri di un vecchio medico condotto. Firenze 1879.

- LEONI Dott. OTTAVIO. Indirizzo alla diagnosi e alla cura della pneumonite da malaria. Roma 1878.
- LEVI Dott. M. R. Due casi di sifilide cerebrale. Venezia 1879.
- Cura rapida e felice di empiema sinistro in una bambina di nove mesi. Firenze 1879.
- MACARI Prof. FRANCESCO. Deontologia ostetrica. Genova 1879.
- MACKENZIE Prof. MORELL. Difterite, natura, terapia, varietà e manifestazioni locali. Traduzione del Dott. Vittorio Grazi. Roma 1879.
- MANAYRA Dott. P. E. Cenni sulla peste. Roma 1879.
- MARCACCI Dott. GIORGIO. L'acido crisofanico nella cura di alcune malattie della pelle. Firenze 1879.
- Nuovi fatti in prova dell'esistenza di un albuminuria fisiologica. Firenze 1879.
- Di un raro esempio di fibroma mollusco. Milano 1879.
- MICHELACCI Dott. MICHELE. Clinica medica diretta dal Prof. Pietro Burresi, rendiconto sommario dell'annata 1877-78. Firenze 1879.
- MORREALE ETTORE. L'acqua emostatica nelle arterie ferite di grosso calibro. Palermo 1879.
- MORSELLI Dott. ENRICO. Sugli accessi epilettiformi consecutivi a lesioni traumatiche, conferenza clinica. Firenze 1877.
- Leucodermia parziale (Vitiligo) degli alienati. 1878.
- OROSI (L') Giornale di farmacologia. 1879.
- PACINI Prof. FILIPPO. Del processo morboso del Colera Asiatico, del suo stadio di morte apparente e della legge matematica da cui è regolato. Firenze 1879.
- PELLIZZARI Dott. CELSO. Della sifilide cerebrale ed in particolare delle lesioni arteriose ec. Firenze 1877.
- Il Tayuya come antisifilitico. Firenze 1878.
- Della sifilide epilettiforme. Firenze 1879.
- Revue médicale Romaine. N° 2, 10 giugno 1879.
- RICCARDI Dott. PAOLO. Di alcune notizie riguardanti gli organi genitali femminini e esterni nell'uomo e negli animali. Modena 1879.
- RIZZOLI Prof. FRANCESCO. Della litrotipsio-cistotomia nei grossi calcoli vescicale e di un dito metallico per alcuni casi di cistotomia. Bologna 1879.
- Emostasia diretta nella cura di aneurismi traumatici, e di ricorrenti emorragie per ferite ed ulcerazioni di arterie degli arti toracici. Bologna 1878.
- ROMITI Prof. GUGLIELMO. Di una trapanazione del cranio per accessi epilettici consecutivi a lesione della testa. Bologna 1878.
- Sulle localizzazioni cerebrali. (Nota clinica). 1879.
- Il sistema linfatico degli organi chilopoietrici.
- Della ipoplasia vasale della donna in rapporto colla clorosi. Firenze 1879.
- Varietà anatomiche. (Dall'Archiv. delle Sc. Med., III).
- Sulla struttura della placenta umana ec. Siena 1880.
- ROSTER Dott. GIORGIO. Sull'acido litofellico e sopra alcuni litofillati. Firenze 1879.
- Sopra un nuovo acido organico, acido litolibico che si trova nei Bezoari orientali insieme al litofellico. Firenze 1879.

TAFANI Dott. ALESSANDRO. L'organo del tatto studiato nell'uomo e negli altri vertebrati. Firenze 1879.

TESTI Dott. ALBERICO. Le indicazioni dell'enteroclismo nella chiusura delle intestina. (Raccoglitore Medico 1879).

VERSARI Prof. CAMMILLO. L'addio alla mia Scuola di patologia generale, o ultimi ricordi ai suoi amati discepoli. Forlì 1878.

— Antica inedita prolusione sulla gratitudine in genere. Forlì 1879.

WASSEIGE Dott. AD. Trois nouvelles observations de laminage de la tête fœtale. Bruxelles 1879.

— Essai pratique et appréciation du forceps du D. Tarnier. Liege 1879.

WELPONER Dott. EGIDIO. Contribuzione alla statistica dell'Ovaro-isterotomia cesarea (Metodo Porro). Firenze 1879.

ZANNETTI Prof. ARTURO. Descrizione di alcuni avanzi umani raccolti alla Galita. (Annali del Mus. Civ. di St. nat. di Genova, vol. 15°, 1880).

ZANNETTI Dott. RAFFAELLO. Rapporto accademico dell'anno 1878. Firenze 1879.

Il Segretario delle Corrispondenze
DOTT. R. ZANNETTI.



INDICE

Adunanza pubblica solenne del dì 26 gennaio 1879 - Verbale. . . . Pag. 3

Prima adunanza pubblica del dì 9 febbraio.

BRIGIDI Dott. VINCENZO. Delle alterazioni della midolla nel tetano. » 4

ROMEI Dott. GIUSEPPE. Relazione sul ferro dializzato Bravaia, fatta a nome del Farm. Nestore Prota-Giurleo. » 6

Discussione sulla memoria Brigidi » ivi

Seconda adunanza pubblica del dì 16 marzo.

AGNOLESI Prof. POMPILIO. Ricerche sulle sofisticazioni dell'amido, del collodione ec. » 7

BANTI Dott. GUIDO. Sulle pneumoniti che dominarono in Firenze nel 1877-78. » ivi

Terza adunanza pubblica del dì 30 marzo.

PAOLI Prof. CESARE. Sull'occhio considerato come un istrumento per lo sviluppo dell'intelligenza. » 9

CORSO Dott. FRANCESCO. Critica sullo studio fisiologico intorno alle cause del parto, pel Sig. Dott. Maggia. » 10

Discussione sulla memoria Corso » ivi

Quarta adunanza pubblica del dì 27 aprile.

BURRESI Prof. PIETRO. Sull'enfisema polmonare e vizio cardiaco curati coll'aeroterapia. » 11

WELPONE Dott. EGIDIO. Sulla ovaro-isterotomia come complemento al taglio cesareo. » 14

Quinta adunanza pubblica. del dì 18 maggio.

PEGNA Dott. ENRICO. Sulla presenza dell'arsenico nei prodotti di combustione di alcune candele » 15

TAFANI Dott. ALESSANDRO. Sulle terminazioni nervose nella pelle umana » 16

Sesta adunanza pubblica del dì 25 maggio.

CAMPANI Dott. CESARE. Considerazioni sopra di una memoria del Dott. Magitot che tratta dell'erosione dei denti. » 17

BRIGIDI Dott. VINCENZO. Delle alterazioni del midollo spinale in un caso di paralisi infantile e in un altro di tabe dorsale spasmodica. » 19

Settima adunanza pubblica del dì 22 giugno.

- CORSO Dott. FRANCESCO. Sulla pressione sanguigna del cuore e dei grossi vasi. PAG. 21
MARCACCI Dott. GIORGIO. Storia di un raro esempio di fibroma mol-
lusco, osservato nella Clinica Dermatologica di Firenze. » 23

Ottava adunanza pubblica del dì 20 luglio.

- GRASSI Dott. ERNESTO. Sulla versione podalica bipolare come comple-
mento del parto forzato. » 25
HERZEN Prof. ALESSANDRO. Distinzione della sensibilità termica in
due sensibilità distinte. » 26
Discussione sulla memoria Herzen. » 28

Nona adunanza pubblica del dì 14 settembre.

- BECHI Prof. EMILIO. Sulla diffusione del boro in natura. » 29
URBINO Dott. AUGUSTO. Sopra un caso di paralisi dei cricoaritenoidi
posteriori. » 30
TAFANI Dott. ALESSANDRO. Nota sui corpuscoli tattili di Merhel. . » 31

Decima adunanza pubblica del dì 16 novembre.

- PAOLI Prof. CESARE. Degli accidenti di attossicazione consecutivi al-
l'impiego dell'acido fenico nella pratica chirurgica. » 32
PELLIZZARI Dott. CELSO. Sopra un caso di frattura incompleta spon-
tanea per sifilide acquistata in tenera età. » 34

Undicesima adunanza pubblica del dì 28 dicembre.

- URBINO Dott. AUGUSTO. Storia di un caso di vegetazioni polipose
sotto-glottide » 35
DANESI Dott. GIROLAMO. Sulla medicatura antisettica dell'ulcera pu-
rulenta della cornea e nell'ulcera serpiginosa » 36

Adunanza solenne del dì 22 febbraio 1880.

- TOMMASI Dott. TOMMASO, Segretario degli Atti. Sommario dei lavori
accademici dell'anno 1880. » 37
ZANNETTI Dott. RAFFAELLO, Segretario delle Corrispondenze. Rapporto
generale delle pubblicazioni pervenute in dono alla Società du-
rante l'anno 1879. » 47
Elenco delle pubblicazioni venute in dono alla Società durante
l'anno 1879. » 74

ATTI

DELLA

SOCIETÀ MEDICO-FISICA
FIORENTINA

PUBBLICATI

PER CURA DEL SEGRETARIO

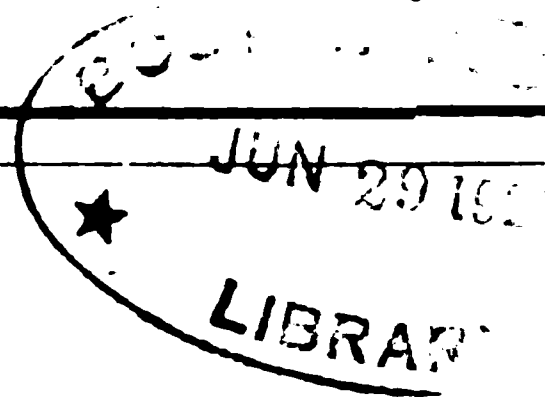
Dott. CELSO PELLIZZARI

ANNI 1880 — 1881
1881-82

FIRENZE

TIPOGRAFIA CENNINIANA

—
1882



10

11

12

13

14

MI

ICO-FISICA

FINA

RETARIO

ELLIZZARI

— 1881

12

E

NNINIANA

1

2

FIorentina •

BBLICA

1, *vice Presidente.*

Dottori Simi, Mar-
cello, Banti, Bertini,
lippi, Turchini, Ta-

e sopra *un caso di*
istruzione e rigene-

portante di malattia
ottenuta la riprodu-
to cheratico.

are, che per gli studii
quelli del Prof. Ca-
ni stesso ebbe occa-
suoi) che le perdite
rimarginare e con
refrattiva, presso a
i più non può dire:
potuto dimostrare
la cicatrice traspa-

rente abbia i caratteri istologici pratici. Utilizzato questo fatto per gu curare la cornea che venivano distrutte col c cauterio, si cercasse di a quelle ulcere, alle quali, infine d le macchie suddette dopo cauterizzaz Il Dottor Simi distrusse già le p ascesso e medicò il fondo di questo i cicatrice trasparente. Ma dando a q una estensione maggiore, in un cas purulenza della cornea per oftalmia buon risultato. L'Autore dice che la a segno che alcuni frammenti potev doli con l'apice di un rotolino di fece: asportò tutta la cornea amma, e rimase la membrana del Descemet e rimase del tessuto ammalato.

Primo fatto di grande importanza: il tessuto mortificato, il Dottor Simi praticò la parte, e di sottrarre il tessuto quello che poteva nuovamente formare il secreto congiuntivale e sottrarlo purché si cerca evitare colla così detta medicò con acido fenico, e vide con celerità empirsi l'ulcerazione e trasparente, e con tutti i caratteri morali cheratici.

L'osservazione del Dott. Simi non gli ha potuto medicare il malocchio, vendendo questi per la sua qualità di l'Ospedale. Ma, ciò nonostante, il caso impegnare i pratici ad entrare in qu solo non si ebbe rottura della camera anteriore di stafilomi o simili, ma le le arrestarono prestamente, là ove e

—
messa in pratica. Ed aggiun-
mento di cicatrice trasparente

ra l'infermo potrà giungere
questo caso segnerà certa-
ra delle malattie della cor-
avvenire, secondo il Dot-
ne quando non fosse praticata
la cura già fatta, la quale,
ersi come compromessa da
gorosa conseguenza del me-

zari legge una memoria *sopra*
lovuta allo ioduro di potassio:
no alle forme patogenetiche
e eruzioni nuovamente stu-
spinse a fare una tale co-
cerne un sifilitico da varii
eruzione papulo-tubercolosa
duro idrargirico e ioduro di
questo medicamento si ebbero
apule larghe ed aventi a co-
papula orticata del Fischer,
gettastica dello Zeissl; delle
no il nome d'eruzione ru-
d'indurimento pastoso sotto-
lla suppurazione e quindi ad
uesto individuo tali eruzioni
febbre avente tutti i caratteri

I d'una febbre da infezione e cederono semplicemente dopo
cessato l'uso dell'ioduro di potassio. Preso a più riprese
a intervalli di tempo svariatisimo il medicamento,
stò la ricomparsa della febbre e dei noduli d'induri-
o sottocutanei.

Il Dott. Pellizzari ravvicina un altro in cui egli notò questi n^o febbre una sola volta ed a due cas verbalmente dal Prof. Pietro Pellizzari; e non esita ad ammettere che in questi individui pure si sarebbero avuti gli ascessi secondarii qualora si fosse continuato l'uso del medicamento. Egli crede che questa forma, non descritta da alcun dermatologo, sia molto dissimile dal foruncolo e dall'ascesso cutaneo che il Bazin considera come una esagerazione della forma acneica.

Il Dottor Michele Michelacci legge una sua memoria, *sopra l'efficacia dei clisteri nutritivi*, citando alcuni casi da lui osservati nella Clinica Medica Fiorentina, nei quali appunto la nutrizione potè esser mantenuta, mercè l'uso di clisteri composti di carne emulsionata dal succo pancreatico, secondo le formule più recenti. Tali clisteri non arrecarono disturbi notevoli; ma avvantaggiarono assai le condizioni dei malati, che aumentarono alquanto nel peso del corpo e presentarono anco un aumento di urea nelle orine.

Nessuno prendendo la parola sopra alcuna delle tre comunicazioni la seduta è sciolta.

Il Vice-Presidente
Dott. V. BRIGIDI.

Il Segretario
Dott. T. TOMMASI.

SECONDA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 11 APRILE 1880.

Alla Presidenza, il Prof. P. BURRESI, Presidente.

Sono presenti il Vice Presidente Dott. Brigidi, il socio emerito Prof. Giorgio Pellizzari ed i soci conservatori Professori Paoli, Paganucci, Romiti, Filippi e i Dottori Banti, Tafani, Grassi, Pellizzari Celso, Grilli, Urbino, Faralli, Ceccherelli, Simi, Bertini, Del-Greco, ed il Segretario degli Atti.

Apri la Seduta il nuovo Presidente, Prof. Pietro Burresi, indirizzando ai Soci i suoi vivi ringraziamenti per averlo eletto a dirigere una Società così benemerita del progresso scientifico, e testimoniando pubblicamente gratitudine e riconoscenza al Prof. Giorgio Pellizzari che per lunga serie di anni aveva meritamente presieduta, mantenendola sempre nella via della vera scienza e del progresso. Ricorda le fasi principali della vita Scientifica della Società e addita i mezzi più acconci a mantenerla all'altezza delle consorelle d'Italia e dell'estero.

Letto poi il processo verbale dell'ultima adunanza, ha la parola il socio Prof. Guglielmo Romiti, il quale illustra alcune varietà ossee capitategli nella Scuola di Anatomia in Siena. Premesse alcune ragioni sul merito di questi studii, il Romiti dimostra alcune varietà costali, delle quali presenta acconci disegni.

La prima è relativa ad una abnorme articolazione della prima colla seconda costa, mercè un'apofisi che par-

tendosi dal mezzo di questa v
inferiore di quella. Dimostra
ste cervicali, in una delle qual
uno scaleno sopranumerario.
nesi di simili coste riportando
anatomici, e conclude col rite
spiegata dalla esistenza di un
dalle radici della apofisi trasv
una 7^a cervicale, la quale mo
vicale indipendente dalle due
normalmente confermate.

Passa poi a discorrere d
atlante nel quale manca il
un'atlante saldato coll'epistrofe
cipitale; illustra e spiega sim

Scendendo a discorrere de
mostra un *osso lacrimale acc*
porzione della apofisi montant
la quale prende parte alla cos
male, porzione che si è conform
poi un curioso e assai raro p
fessura Sfeno-palatina, ed i
lamina ossea con tre forellini
menzionata dagli Autori.

Infine illustra il Romiti
all'apparato joideo degli anima
erano completamente formati,
i tre ossi: stiloidale, ceratoiale,
negli animali.

Il socio Prof. Cesare Paoli
a modificare una opinione, su
esposta dal Dott. Martin all'u
Amsterdam.

che la gravità di tale malattia, e che egli aveva sempre riconosciuto il Prof. Paoli non l'aveva ritenuta e credeva che la malvagità derivasse dalla presenza dei fragmenti negli strati della cornea.

il Dott. Andrea Simi dice di non aver visto il Prof. Paoli, circa la non costanza delle lesioni e sulla gravità reale ma spesso esagerata delle lesioni corneali che sono complicate da iridopatie.

La gravità di dette ferite non dipenda solo dalla loro estensione, ma di sovente anche dalla loro localizzazione, senza considerare che, in ogni caso, infralito sempre dalle gravi lesioni, non si può occuparsi troppo della nettetà delle lesioni, che richiederebbe cure affatto spesso asservite che gli esperimenti fatti, non possono produrre alterazioni che si osservano nell'occhio dei

non dovrebbe essere bandita in tali casi, ma che facilita meno dell'altra la guarigione della cornea.

Le opinioni del Prof. Paoli, che insiste sulla necessità di togliere molta parte della cornea, la discussione è chiusa e la

Il Segretario
Dott. T. TOMMASI.

TERZA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 30 MAGGIO 1880.

Alla Presidenza, il Prof. P. BURRESI, Presidente.

Sono presenti: il Vice Presidente Dott. Brigidi, ed i socii conservatori Professori Paoli, Paganucci e Dottori Ceccherelli, Simi, Turchini, Grassi, Faralli, Michelacci Michele, Banti, Grilli, Campani, ed il Segretario degli Atti.

Il socio Dott. Giuseppe Turchini legge *sulla applicazione della doccia elettrica nella cura di molte affezioni di natura reumatica e nervosa*. Tesse la storia di cotesta applicazione, che spetta al Prof. Brunelli, al tempo stesso che giustamente reclama a sè stesso l'idea di averla praticamente trattata, modificando anche gli apparecchi relativi ad essa. Narra poi diverse storie di malati che ne trassero giovamento marcatissimo ed anche guarirono completamente.

Il socio Dott. Ernesto Grassi legge una sua memoria *sulla utilità delle iniezioni intrauterine in una forma rara di puerperio infezioso*.

Dopo aver dette le ragioni per le quali codeste iniezioni sono adoperate con parsimonia nel campo ginecologico, accenna come le condizioni fisiologiche e meccaniche durante il periodo puerperale sieno tali da rendere molto utile e punto rischiosa la medicatura in discorso ognivolta che sia profondamente alterato il processo di eliminazione lochiale.

Fatte queste premesse il Dott. Grassi narra il caso

clinico che diede motivo alla sua lettura. Trattavasi di una primipara già in età matura, nella quale un travaglio di 48 ore non aveva avuto altro risultato fuorchè quello di rendere veramente deplorabili le sue condizioni generali e di indurre la morte del feto, il cui funicolo si era reso procidente fino dai primi dolori. Nonostante il nessuno impegno della testa e l'incompleta dilatazione dell'orificio, il Dott. Grassi tentò un'applicazione di forcipe e riescì con esso ad estrarre un bambino eccessivamente grosso e soprattutto eccessivamente lungo (60 centim.). Il puerperio nei primi giorni fu complicato da una endometrite purulenta, più tardi da parametrite e flemone del legamento largo sinistro; flemone che si aperse una strada attraverso l'utero.

Durante le varie fasi di questa malattia, la cura principale fu rappresentata da iniezioni dentro l'utero, replicate tre volte nelle 24 ore e composte d'una soluzione al 5 per 100 di acido fenico ed eseguite colla siringa a doppia corrente. Ognuna di tali medicature era seguita da alcune ore di defervescenza marcatissima, durante le quali la malata riparava abbastanza bene agli effetti della febbre e della suppurazione. Dopo 40 giorni dal parto la guarigione era completa.

Il Dott. Grassi fa quindi alcune considerazioni sui motivi che lo indussero a tentare il forcipe piuttosto che la craniotomia, in un caso nel quale, potendo dubitarsi d'un bacino piccolo e d'un feto grosso, occorreva non solo diminuire il volume del cranio fetale ma anche fare una buona presa per estrarlo.

Accennata quindi la gravità delle successioni morbose avute dalla puerpera e la rarità del modo con cui si vuotò il flemone pelvico, l'Autore esprime l'opinione che la malata abbia pagato il suo tributo alla infezione puerperale, uscendone a bene in virtù specialmente delle iniezioni intrauterine e del buon regime dietetico.

Il socio Dott. Cesare Cam
sulla etiologia della carie dei den
esame quali siano le cause e le
la di cui influenza si produce
gioni che ha divise in cause p
costituzionali, passandole tutte :
lato dello stato della saliva nel
ciascuna glandola salivare, co
agente primo e diretto della car
renti stati morbosi sia locali ch

Dopo alcune osservazioni
ritiene che, nel caso narrato d
trattato più di una semplice flog
processo setticoemico, la seduta
ridiane.

V^o Il Presidente
Prof. P. BURRESI.

QUARTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 4 LUGLIO 1880

Alla Presidenza, il Prof. P. BURRESI, Presidente.

Sono presenti il socio onorario: Prof. Ferdinando Zannetti, il socio emerito Prof. Giorgio Pellizzari ed i soci conservatori Prof. Paganucci, e Dottori Ceccherelli, Marcacci, Grilli, Faralli, Celoni, Grassi, Bertini, Banti, ed il Segretario delle Corrispondenze.

Il Presidente apre la seduta dichiarando che la Commissione giudicatrice del Premio Galligo è stata composta dei signori Dott. Raffaello Zannetti, Presidente; Dott. Luigi Billi; Dott. Ernesto Grassi, Segretario.

Il socio Dott. Giorgio Marcacci legge *sopra alcuni fatti di eruzione bollosa* da lui creduti derivanti da lesioni del sistema nervoso. L'A. si ferma specialmente a considerare la formazione di bolle che si verifica nella frattura della gamba e che ritiene dovuta alla contusione dei nervi cutanei avvenuta nel momento della rottura delle ossa. Passa poi a discorrere sopra un caso di pemfigo cronico nel quale furono trovate delle alterazioni istologiche, che descrive, del gran simpatico e del midollo spinale.

Il Socio Dott. Guido Banti fa una lettura *sulle alterazioni del simpatico nella nefrite parenchimatosa*.

Avendo esaminato tre casi di malattia del Bright, in tutti trovò i gangli celiaci molto infiltrati di cellule linfoidi con atrofia degli elementi nervosi e degenerazione delle fibre. Discutendo su queste alterazioni ed appoggian-

dosi a ricerche sperimentali da
cune analoghe osservazioni da
a ritenere che le alterazioni de
mitive e secondarie quelle del

Non essendovi discussione.
2 pomeridiane.

V^o *Il Presidente*
Prof. P. BURRESI.

QUINTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 25 LUGLIO 1880.

Alla Presidenza, il Prof. P. BURRESI, Presidente.

Sono presenti: il Vice Presidente Dott. Brigidi, il socio onorario Prof. Ferdinando Zannetti, il socio emerito Professor Giorgio Pellizzari, ed i soci conservatori Prof. Paoli, Dottori Faralli, Celoni, Bertini Oreste, Tafani, Urbino, Ceccherelli, Marcacci, Grilli, Banti, ed il Segretario delle Corrispondenze.

Letto ed approvato il processo verbale della passata adunanza ha la parola il Dott. Faralli, il quale legge *intorno alle stazioni estive del nostro Appennino, e specialmente su quelle del Pistoiese, e su quella della Vallombrosa*. Si trattiene prima alquanto sulle condizioni che devono in generale avere le stazioni di monte per riuscire vantaggiose agli infermi, e specialmente sui caratteri del clima, gli effetti vantaggiosi del quale non debbono attribuirsi alla diminuita pressione atmosferica che eserciterebbe di per sè stessa un'azione nocevole sulla salute, quando non fosse questa controbilanciata, nelle indicate località, dalla diminuzione di temperatura, e dall'umidità atmosferica, non che dall'esagerata azione respiratoria. Passa quindi a parlare delle diverse località che possono in estate offrire un piacevole soggiorno agli ammalati, ai convalescenti, ed alle persone deboli; cioè dei bagni di Lucca, di S. Marcello, di Gavi-nana, Limestre, Cutigliano, Montepiano ec., indicando quali sieno quelle che offrono condizioni migliori. Dice però che per dichiarare migliori una o l'altra di queste loca-

aca il dato positivo della metereologia locale; propone che in ogni località destinata alla cura minerali, venga istituito un piccolo osservatorio o analogo a quelli in uso per le stazioni agrarie, e specialmente a fornire i dati necessari climato-quali vorrebbe che fossero riassunti secondo una che egli ha appositamente compilata e della quale alcuni esemplari. In ultimo termina ricordando ne di Vallombrosa della quale può presentare i teorici di 8 anni consecutivi, fornitigli, secondo le azioni, dalla gentilezza del Padre Vurca direttore osservatorio.

ocio Dott. Aurelio Bianchi fa una comunicazione *caso di sarcoma molle del periostio vertebrale*. di un uomo di 35 anni che nel giugno 1879 reso da dolori violenti nella regione renale, i quali ero all'intero arto inferiore e alla scapola. Sei o fu osservato l'insorgere di un tumore in cor- nza della regione renale, il qual tumore crebbe ente in poco tempo. Nel maggio 1880 venne per lte ematuria preceduta da violenti dolori lombari. o l'infermo nell'Arcispedale di S^a Maria Nuova il gio si trovò emaciato, cachettico, e con un tumore ipava tutto il lato sinistro addominale, sporgendosi fino all'ottava costa, e verso il mezzo fino al di là ea alba; il tumore era molle, quasi fluttuante, do- a pressione in alcuni punti. È da notarsi inoltre che o presentava leggeri fenomeni paretici negli arti , maggiori a sinistra. La diagnosi fu di encefaloide endosi precisare se la sede fosse nel rene o nelle e del Lobstein; la prognosi infausta, e la cura ica. La morte avvenne nel dì 9 luglio e durante che stette nell'ospedale il tumore crebbe di volun e ado fenomeni gravi di disturbato circolo intestinal.

All'autopsia non si verificò che un tumore unico, molle, della forma di un rene, il quale, prendendo origine dal periostio delle tre prime vertebre lombari e delle tre ultime dorsali, era venuto in avanti giungendo fino alla linea mammellare destra, e scendendo fino nella fossa iliaca sinistra comprimendo gli intestini e lo stomaco. Per i caratteri macroscopici e microscopici fu posto nella classe dei sarcomi molli globo-cellulari. Il Dott. Bianchi si trattenne specialmente nella parte sintomatologica, perchè simulava quasi perfettamente quella di un neoplasma del rene o delle glandule retroperitoneali, essendovi i dolori, il tumore, e l'ematuria come in questi casi per lo più si osserva e concludeva col dire che la difficoltà della diagnosi delle affezioni retroperitoneali rende necessario di tener conto di tutti i casi che si possono presentare, per norma del pratico, in somiglianti circostanze.

Dopo questa lettura venne dal Presidente aperta la discussione sulla lettura del socio Dottore Faralli, sulla quale prendeva la parola il Dott. Celoni, dicendo di avere fatte delle osservazioni a San Marcello nell'agosto degli anni 1875 e 76 alquanto incomplete per mancanza di strumenti, osservazioni che vennero gentilmente ordinate dal Sig. Cav. Ferdinando Meucci, il quale ne traeva le seguenti conclusioni:

« Che quanto alla temperatura dell'atmosfera in
« S. Marcello si gode nell'agosto una stagione la quale,
« se non rappresenta del tutto quella della primavera inol-
« trata di Firenze, può giudicarsi essere quella certamente
« di un mese di giugno normale. Il massimo del calore
« nell'agosto 1875, stato più caldo e non tanto anormale
« come quello del 1876, non oltrepassò i 30°, mentre a
« Firenze raggiungeva i 36,5°; la media temperatura del
« mese fu 21°, e Firenze n'ebbe in più una differenza
« eguale a quella sopra notata. Sono a vero dire forti le

« oscillazioni durante il giorno,
« sto 1875 una differenza di 1
« massima temperatura. Così
« verificò nell'agosto del 18
« verificarono di 12 gradi:

« Ciò che vi è da osserva
« sferica si mantenne sempre
« decimi di sua saturazione, e
« mattino alla sera dei venti
« boli. L'igrometro di Soussure
« scese mai al di sotto di 58° nel
« Dette infatti 71,0° nel 21 ag
« fu la massima temperatura di
« del 1876 nel tempo della m
« di 29,5° di temperatura.

« Della pressione atmosfe
« bina il tempo ed il numero
« triche, conservando sempre
« 45^{mm} dovuta alla diversa alt
« livello del mare. »

Dopo questo, il Dott. Celor
di S. Marcello e il suo clima,
Dott. Lombard, dovrebbe rigua
tosto dolce che tonico, ed util
asmatici con o senza catarro
molto freddolosi e delicati, ai
oftalmia e specialmente con fotof
condriaci, e alle clorotiche imp
S. Marcello essendo situato su
quale rappresenta come uno sla
malati il grave inconveniente d
a meno che il paziente non si ol
sivamente nel vicino castagnet
presentano Cutigliano nè Gavi
metri, e lungi dalla strada n

tor Celoni ebbe a verificare utili effetti dal soggiorno di San Marcello, sia in persone sane solite a soffrire assai per il calore nelle grandi città, sia anco nei tisiici al 2° grado, i quali tutti aumentavano di peso.

Il Dott. Faralli ringrazia il collega di queste notizie, di cui egli dice terrà conto in un lavoro più completo che ha in animo di fare su questo importante soggetto.

Aperta quindi la discussione sull'altra memoria letta dal Dott. Bianchi, niuno avendo preso la parola, l'adunanza è sciolta.

V. Il Presidente
Prof. P. BURRESI.

Il Segretario delle Corrispondenze
Dott. R. ZANNETTI.

SESTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 1° AGOSTO 1880.

Alla Presidenza, il Prof. P. BURRESI, Presidente.

Sono presenti il Vice-Presidente Dott. Brigidi ed i soci conservatori Prof. Paganucci, Dott. Bosi, Tafani, Grassi, Simi, Faralli, Bertini, Grilli, Turchini, Banti, Del Greco, ed il Vice Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo verbale, il socio Dottor Ernesto Grassi fa una comunicazione riguardante *il forcipe Guyon* da lui applicato in un caso di grave stenosi pelvica. Narra di avere avuto occasione qualche tempo fa nella pratica privata di ricorrere alla cefalo-tripsia.

Si trattava di una Signora rachitica con un diametro retto superiore tra i 68 ed i 70 millimetri. La gravidanza era a termine ed escluso il taglio cesareo, dopo 20 ore di travaglio, non dando il bambino segni di vita; il Dottor Grassi fece la craniotomia colle forbici dello Smellie e quindi applicò sulla testa, sempre libera allo stretto superiore, il forcipe Guyon. Dopo 10 minuti di trazione la testa, ridotta a forma di focaccia, fu fatta scendere fino allo stretto inferiore. Il diametro bimastoideo misurava 65 millimetri. Il puerperio fu dei più normali. Le conclusioni del lavoro furono le seguenti:

Che fino a 68 millimetri ed anche meno, uno strumento compressore può essere applicato senza troppe difficoltà e pericoli. Che il forcipe Guyon molto più leggero degli altri cefalotribi serve mirabilmente allo scopo. Che non si deve correre troppo a trovare indicazioni alla am-

putazione utero-ovarica, esagerando i pericoli della cefalotripsia al di sotto dei 70 millimetri.

Dopo tale comunicazione la parola è accordata al Dott. Adolfo Paggi, il quale prendendo occasione da alcuni appunti presi visitando le Scuole e gli Spedali di Parigi, parla dei nuovi apparecchi e strumenti che crede più meritevoli di essere conosciuti. Parla della poroplastia e degli apparecchi per qualche caso speciale ed in particolare di quelli del De Saint Germain per la coxalgia, di quelli del Broca e dell'Hennequin per la frattura del femore, degli apparecchi tubulari per le applicazioni terapeutiche del freddo e del caldo usati dal Dumontpallier. Descrive infine il cliseometro del Dumas destinato a misurare l'inclinazione del piano dello stretto superiore nella donna vivente: e chiude la sua comunicazione presentando alcuni strumenti chirurgici modificati dall'Aubry e da altri.

Dopo breve discussione insorta fra il Dott. Paggi e il Dott. Grassi a proposito del cliseometro del Dumas, nel quale, il Dott. Grassi crede di trovare gl'inconvenienti proprii a tutti gli intrapelvimetri, la seduta è sciolta.

V. Il Presidente
Prof. P. BURRESI.

Il V. Segretario
Dott. C. PELLIZZARI.

SETTIMA ADUN

DEL DI 7 N

Alla Presidenza, il Dott.

Sono presenti i soci e
Dottori Zannetti Raffaello,
Grilli, Faralli, Corso, Urbi
Stacchini ed il Segretario c

Avuta la parola, il Do
nicare alla Società alcuni
essersi più specialmente occu
dell'udito che riguarda le t
vestibulare. Accenna in prin
nere a voler che sia esatto d
animali di specie diverse. Es
tomia comparata, si è posta
in una eccezione piuttostochè
casione per dire che negli st
male deve esser sempre qu
chi voglia ottenere resultan

Gli animali sopra i qua
il luccio, le rane e le torp
fra i pesci ossei le arate,
cyprinus auratus e la trig
stibolo negli uccelli (anatre
(cani, conigli e topi).

I mezzi adoptrati sono l
potassico. L'acido osmico f
come quando ebbe a studia

Venendo a parlare dei suoi risultati afferma, contrariamente a quanto fu detto fin qui, esser differente la tessitura del nervo-epitelio del sacculo dall'altra dell'ampolle. Nel sacculo l'epitelio è più semplice, a due strati, mentre nelle creste acustiche è a tre, aggiungendovisi uno strato granulare intermedio.

Nega siccome reali le terminazioni descritte da Schultze e Pliteard, ed afferma che triplice è il modo col quale hanno termine i nervi tanto nelle creste quanto nella macchia acustica. Esiste cioè una terminazione nervosa a forma di peli o ciglia sorpassanti tutti gli strati epiteliali e restando immersi nell'endolinfa.

Esiste una terminazione nervosa aggomitolata superficiale fra le cellule dello strato più esterno. Queste terminazioni sono provviste di mielina nel luccio.

Esiste finalmente una maniera di terminazione molto simile a ciò che accade nei corpuscoli del Pacini. Le fibre nervose penetrate nel nervo epitelio si rigonfiano a clava.

I nervi penetrano entro l'epitelio, sorpassando sempre lo strato delle cellule basali, e conservano in alcuni animali la loro mielina (luccio, triglie, ciprini e nel blennius).

Il Dott. Aurelio Bianchi, prendendo occasione da *due casi di applicazione di enteroclisma*, con esito felice, fa una comunicazione, in cui dopo narrata la storia dei due casi medesimi emette alcune conclusioni circa al miglior modo di usare lo enteroclisma medesimo nei casi di occlusione dell'intestino.

Prende poi occasione da questi due casi, per fare alcune osservazioni intorno alla produzione dell'indaco nei casi di occlusione intestinale.

Nessuno prendendo la parola sulle due memorie, il Dott. Tommasi propone che si nomini a socio onorario straniero, nella stessa Adunanza pubblica, e perciò più

solennemente, il Prof. Charcot, leggendo una lettera dello stesso Charcot nella quale, il celebre clinico della Salpêtrière, dichiara che accetterebbe con molta gratitudine una tale onorificenza.

Il Prof. Charcot viene nominato a tal posto per acclamazione.

Il Vice-Presidente
Dott. V. BRIGIDI.

Il Segretario
Dott. T. TOMMASI.

OTTAVA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 14 NOVEMBRE 1880.

Alla Presidenza, il Prof. P. BURRESI, Presidente.

Sono presenti: il Vice-Presidente Dott. Brigidi, il socio onorario Prof. Ferdinando Zannetti, i soci conservatori Professori Paganucci, Paoli, Dottori Grassi, Faralli, Urbino, Ceccherelli, Zannetti Raffaello, Turchini, Nesti, Grilli, Billi, Stacchini, Cresci-Carbonai, Bertini, Corso, ed il Segretario degli Atti.

Prende la parola il socio Dott. Faralli per intrattenere la Società intorno *al male delle montagne*, considerato specialmente in coloro che fanno l'ascensione dell'Etna.

Si ferma alquanto sulla storia e l'etiologia di questa affezione, la quale, secondo le osservazioni dovute specialmente a Jourdanet e a Bert, sembra dipenda dalla diminuita tensione dell'ossigeno atmosferico. — Nota come gli scrittori facciano parola dello sviluppo di questa malattia nell'ascensione dell'Etna, assai più spesso di quello che non avvenga nell'ascensione di montagne della medesima altezza.

Nell'ascensione da lui fatta in una comitiva di oltre 100 persone, osservò il male delle montagne in una trentina d'individui svilupparsi all'altezza della casa dell'Etna cioè a poco più di 2900 metri sul livello del mare; e di queste trenta persone 28 appartenevano alla squadra che aveva fatto il viaggio a cavallo, mentre dei 32 che, l'autore compreso, avevano percorso a piedi tutta la distanza che separa Biancavilla dalla casa dell'Etna, soli due presen-

io i fenomeni del male delle montagne ed uno di ti in grado assai mite.

Attribuisce la relativa frequenza del male delle montagne sull'Etna alla rapida diminuzione della temperatura alla pressione, passando da un giorno all'altro dal livello del mare e da una temperatura, che può raggiungere e superare in estate i $40^{\circ},6$ ad una pressione di più che 500^{mm} , e ad una temperatura prossima o inferiore a 0°C .

Conclude quindi che l'ascensione dell'Etna eseguita nel settembre decorso da membri del Congresso del Club Alpino Italiano ha dimostrato: 1° come la stanchezza non che come elemento secondario nell'etiologia del male delle montagne; 2° come questo sia più frequente sull'Etna che su altri monti della stessa elevazione; 3° come causa della maggiore frequenza sia da ritenersi essere la fatica, colla quale nelle ascensioni dell'Etna si passa dalle pressioni e elevate temperature, a temperature e pressioni assai basse.

Aperta la discussione sulla memoria letta dal Dott. Bianchi, nella seduta precedente, prende la parola il Dott. L. Nesti, il quale dopo aver detto del buon risultato ottenuto, con l'enteroclisma, in qualche caso, osserva che quando il getto è orizzontale, e perciò diminuendone la velocità, si ha una tolleranza maggiore di quando il getto è ascendente. Nota pure che in questo modo si potrebbe utilizzare l'enteroclisma per fare assorbire meglio i clisteri nutritivi.

Nessuna discussione avendo luogo sulla comunicazione del Dott. Faralli, la seduta pubblica è sciolta ed i soci invitati a trattenersi in seduta privata.

V° Il Presidente.

Prof. P. BURRESI.

Il Segretario

Dott. T. TOMMASI.

NONA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 21 NOVEMBRE 1880.

In assenza del Presidente, presiede l'Adunanza il Professore FERDINANDO ZANNETTI, come più anziano fra i presenti.

Sono presenti: il Vice-Presidente Dott. Brigidi, i soci conservatori Dottori M. Michelacci, Bertini, Faralli, Ceccherelli, Nesti, Corso, Grassi, Stacchini, Grilli, ed il Segretario degli Atti.

Aperta la seduta, il segretario degli Atti proclama l'esito del Premio Gallico, leggendo la seguente deliberazione della Società:

SIGNORI!

La Società nostra, nella sua adunanza privata del 14 corrente, udiva un rapporto molto particolareggiato del Dott. Ernesto Grassi, relatore della Commissione giudicatrice del Premio Galligo, composta di esso relatore, del Dott. Luigi Billi, e del Dott. Raffaello Zannetti Presidente, nel quale rapporto si diceva che in questo anno i concorrenti erano stati in numero di quattro, e che avevano inviate le loro memorie coi seguenti motti e titoli:

1°. **Avanti vi è gloria per tutti.**

Le deviazioni della colonna vertebrale, del ginocchio e del piede consecutive a rachitide e loro cura.

2°. **Meno male agitarsi nel dubbio che riposare nell'errore.**

Saggio clinico pratico sulle malattie della pelle nei bambini.

3°. *Cur hominum gravibus torrentur febribus artus quo eis sint chininum fonsque salutis aqua.*

Della scarlattina e della nefrite scarlattinosa nell'età infantile.

4°. *Patres nostri peccaverunt et non sunt: nos autem iniquitatum eorum jugum portavimus.*

Delle malattie delle ossa per sifilide ereditaria.

Voi udiste, e giova ora ripeterlo in pubblica adunanza, che i quattro lavori sopra ricordati *corrispondevano nel miglior modo allo scopo che evidentemente si prefiggeva l'illustre fondatore del premio*; e che tutti erano oltremodo meritevoli di encomio; però la memoria che portava il titolo: MALATTIE DELLE OSSA PER SIFILIDE EREDITARIA fu ritenuta come la meglio corrispondente allo spirito e al programma del concorso Galligo.

In conseguenza di queste proposte della vostra Commissione, approvate con voti 17 su 18, nell'ultima adunanza privata, la Società oggi

DELIBERA:

La memoria portante il motto *Patres nostri peccaverunt et non sunt etc.* e col titolo: *Malattie delle ossa per sifilide ereditaria* è dichiarata vincitrice del Premio Galligo, indetto fino dal 1° aprile 1879.

Aperta la scheda che portava il motto sopraindicato, si trova contenere i nomi dei signori Dottori Pellizzari Celso e Tafani Alessandro i quali perciò son proclamati vincitori del premio più volte ricordato: l'altre schede furono bruciate.

In secondo luogo, la Società delibera di farsi rappresentare ai solenni Funerali in onore dell'illustre Barone Bettino Ricasoli.

Terminate queste comunicazioni della Presidenza, ha per primo la parola il socio Dott. V. Brigidi il quale fa una comunicazione intorno alle alterazioni spinali da lui riscontrate in alcuni casi di malattie dell'Addison.

Segue la lettura del Dott. L. Giuntoli il quale, essendosi incontrato in molti casi di febbre tifoide che accaddero specialmente in due case del suo distretto, volle che fossero analizzate le acque dei pozzi, ai quali si abbeveravano gli inquilini delle due case in discorso; e il Dott. T. Tommasi, cui si era rivolto per la detta analisi, avendogli riferito che tali acque contenevano materie organiche in certa quantità e che per di più avevano caratteri fisico-chimici non proprii alle acque veramente salubri e potabili; dopo avere ricordato che il più delle volte le epidemie di tifo, osservate anche all'estero, sono state riconosciute sotto la dipendenza di acque inquinate e corrotte, scende alla conclusione che le acque dei pozzi di Firenze dovrebbero bandirsi dall'uso giornaliero per bevanda, servendosi per questa esclusivamente dell'acqua potabile, che il Municipio ci ha fornito in tanta abbondanza.

Il Dott. Grilli prende la parola per rettificare alcune espressioni dell'autore, tanto più che gli sembra non conveniente attenersi all'esame dell'acqua di due soli pozzi, per giudicare della bontà dell'acqua di tutti gli altri pozzi esistenti in città.

Parlano in egual senso il Dott. Ceccherelli, il Dottor Corso e il Dott. Nesti, il quale ultimo, anzi, riferisce due epidemie di tifo da lui osservate al Convento della Crocetta ed al Casale di S. Salvi, nelle quali, piuttosto che per l'acqua di un pozzo resa immonda dalla presenza di un animale, ebbe a convincersi che la malattia avea acquistato

sviluppo maggiore e gravezza, dal troppo accumulo di malati, tanto che quando potè sparpagliarli in diverse stanze, l'epidemia cessò.

Per ultimo il socio Dott. Faralli ottiene la parola per leggere una lettera del Socio corrispondente Dott. Prospero Sonsino intorno alla cura dell'*Anchilostomosi*. Parla il Dott. Sonsino di un caso di anemia nel quale ha potuto verificare, coll'esame microscopico delle dejezioni, la presenza dell'*anchilostoma*. In questo caso egli sta sperimentando la *tintura eterea* di *percloruro* di *ferro*, coll'uso della quale egli ha ottenuto un progressivo, sebbene lento miglioramento; per cui, senza poter dire per ora se il vantaggio si debba all'etere, o al percloruro o a tutte due queste sostanze, nutre fiducia di aver ritrovato in questa tintura il rimedio dell'*Anchilostomosi*.

Null'altro essendovi all'ordine del giorno, l'adunanza pubblica è sciolta a ore 3 pomeridiane.

Il Vice-Presidente
Dott. V. BRIGIDI.

Il Segretario
Dott. T. TOMMASI.

DECIMA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 26 DICEMBRE 1880.

Alla Presidenza, il Prof. P. BURRESI, Presidente.

Sono presenti: il Vice Presidente Dott. Brigidi, i soci conservatori Professor Paganucci, Dottori Turchini, Simi, Marcacci, Nesti, Faralli, Ceccherelli, Bertini Oreste, Stacchini, Michelacci, Grilli, Grassi, Nesti, ed il Segretario delle Corrispondenze.

Omessa la lettura del processo verbale della passata adunanza perchè mancante il Segretario degli Atti e il Vice-Segretario, presentati i doni inviati alla Società, il socio Dott. Turchini legge una breve memoria *sopra tre casi di monoplegia brachiale, guarita con la corrente continua*. I fenomeni principali osservati in tre individui adulti furono: paralisi di senso nell'arto superiore, due volte destro una volta sinistro; paralisi del moto senza contrattura muscolare, con possibilità dei moti passivi; salute generale eccellente, se non voglia tenersi conto del morale affranto per la preoccupazione del fatto morboso: la faradizzazione dava abolizione assoluta di sensibilità e della contrattilità farado-muscolare. Invece esisteva sensibilità galvanica, e i muscoli rispondevano alla corrente con contrazioni lente ma chiaramente visibili.

Col metodo di eleminazione stabilisce la diagnosi di paralisi reumatica del plesso brachiale, o di monoplegia brachiale periferica. Sospeso allora l'uso di ogni farmaco,

incominciò la cura servendosi della corrente continua fornita da una batteria di 60 coppie, adoprandone 40, facendone le sedute in giorni alterni e della durata di 15 a 20 minuti. La sensibilità tornò in pochi giorni, la motilità lentamente, cominciando dalle dita e procedendo quindi in rapporto colla cura. Chiude dando ragione del perchè adoprasse la corrente continua; egli la prescelse come quella che ristora i muscoli, e che ha molta influenza a risolvere certi essudati che si producono nel nevrolema.

Aperta la discussione su questa memoria il Vice Presidente Dott. Brigidi prende la parola, e domanda ove e come cominciarono le paralisi, se furono ascendenti, e riferibili alla così detta nevrite ascendente che è indipendente da lesione cerebrale e spinale. Il socio Turchini dichiara di non poter bene precisare da quali parti incominciasse la paralisi.

Il Dott. Grilli domanda pure se sotto le prime applicazioni elettriche, oltre a ricomparire subito la sensibilità, scomparve anche quel disturbo morale che il Dott. Turchini aveva osservato nei suoi infermi e che egli attribuiva al patema di animo prodotto dalla forma morbosa locale. Al che risponde il Dott. Turchini essere subito migliorato anche il morale dei suoi malati, col migliorare delle condizioni paralitiche del braccio. Il Dott. Simi prende la parola e dichiarando di essere uno dei malati curati dal Dott. Turchini dice che in conseguenza può dare qualche schiarimento in proposito. « Stavo benissimo, così si esprime, non avevo segno di reumatosi, quando di notte, dopo essermi esposto a causa reumatica, fui preso di colpo da dolore fortissimo alla spalla destra, congiunto a intorpidimento del braccio, a impossibilità di muoverlo; questi fenomeni andavano crescendo gradatamente, e vi si congiungeva il dimagrimento dell'arto, nonostante tutte le cure che mi furono prodgate. Fu in ultimo che mi sottoposi alla cura indicat

dal Dott. Turchini, dalla quale ebbi sollecito e graduale miglioramento. »

Dopo ciò nessun altro chiedendo la parola, la seduta pubblica fu sciolta per riunirsi in seduta privata.

V° Il Presidente
Prof. P. BURRESI.

Il Segretario delle Corrispondenze
Dott. R. ZANNETTI.

DEMICO 1881

of. PIETRO BURRESI

tt. VINCENZO BRIGIDI

tt. GELSO PELLIZZARI

tt. MICHELE MICHELACCI

tt. RAFFAELLO ZANNETTI

SOCIETÀ MEDICO FISICA FIORENTINA

PRIMA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 6 FEBBRAIO 1881.

Alla Presidenza, il Prof. P. BURRESI, Presidente.

Sono presenti il Vice-Presidente Dott. Brigidi, i soci conservatori Prof. Paganucci, Dott. Zannetti Raffaello, Campani, Faralli, Tommasi, Bottari, Boncinelli, Marcacci, Urbino, Giuntoli, Grilli, Pereyra, Ceccherelli, Bertini, Bianchi, Banti, Michelacci Michele ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo verbale della ultima adunanza pubblica, si dà comunicazione di una lettera nella quale il Dott. Giuntoli ringrazia la Società per averlo eletto a socio conservatore.

Ha poi la parola il socio Dott. Cesare Campani, il quale passa in esame le *modificazioni che subiscono la saliva e gli umori della bocca sotto l'influenza dei diversi stati morbosi, in relazione con la carie dei denti*: e seguendo le dottrine del Magitot divide questi stati morbosi in tre categorie, cioè: 1° Affezioni locali della bocca e delle faringe 2° Affezioni generali acute. 3° Affezioni generali croniche.

Fra le prime considera la stomatite, la amigdalite e la faringite; processi tutti infiammatorii sotto la cui in-

fluenza si ha nel primo periodo diminuzione e nel secondo ipersecrezione di muco; la fermentazione salivare darebbe luogo a dei prodotti acidi che attaccano la superficie del tessuto adamantino.

Nelle malattie generali acute si ha la secchezza della bocca, l'inazione delle mascelle in seguito alla dieta, quindi la deposizione sui denti di muco che si concreta formando delle masse, chiamate fuliginosità, che non si disciolgono perchè la secrezione salivare è diminuita, ed al solito sotto l'azione dei fermenti divengono acide. Aggiungasi che anche la saliva, sotto l'influenza delle malattie acute, subisce delle alterazioni chimiche.

Nelle affezioni generali croniche la secrezione non si modifica, in genere, nella quantità ma nella qualità; e avendo luogo una esagerata secrezione di ptialina, al solito ha luogo la fermentazione acida.

L'A. termina la sua lettura con un rapido sguardo sulla cagione probabile della carie dei denti nelle donne incinte, che egli crede risiedere specialmente nelle modificazioni degli umori buccali per disturbo delle funzioni gastriche, od anche per i vomiti prolungati.

Finita questa comunicazione, si dà lettura d'uno scritto inviato da Londra dal Dott. Adolfo Paggi sopra *un caso di Ooforectomia* eseguita dal Dott. Bantock sopra una donna di 37 anni. L'operazione in quel caso era indicata come mezzo di cura d'un fibroma dell'utero, il quale, dando luogo ad imponenti emorragie, metteva in pericolo la vita dell'ammalata.

L'operazione fu eseguita praticando al di sotto dell'ombellico lungo la linea alba da prima una incisione di 10 centim. che poi fu ampliata fino a 15, perchè non si riusciva ad afferrare l'ovajo destro: anche ampliando la ferita quest'ovaio si dovè lasciare nel piccolo bacino,

ma fortunatamente fu riconosciuto, al tatto, atrofico: l'altro ovajo fu estirpato: dopo si procedè alla ripulitura della cavità addominale ed alla sutura della ferita.

Si noti che i ferri, le mani dell'operatore ed il ventre dell'ammalata furono lavati in una soluzione d'acido fenico all'uno per cento, e l'operazione si eseguì in mezzo ad un getto polverizzato della stessa soluzione che sfiorava il campo dell'operazione invece che esser diretto su quello; in appresso non si fece medicatura alla Lister. Purtuttavia una settimana dopo la malata poteva passeggiare, e quaranta giorni dopo l'operazione lo scolo sanguigno non si era ancora riaffacciato.

Da questo caso clinico il Dottor Paggi prende motivo per parlare della storia della ovariotomia normale, operazione in generale da preferirsi, nella cura dei fibromi uterini, alla isterotomia perchè meno pericolosa: accenna ai due modi di praticarla, cioè, per l'addome o per la vagina e dà le ragioni per le quali deve scegliersi la prima via. Entra poi a parlare della medicatura Lister nelle gravi operazioni, ed a questo proposito riferisce l'opinione dello stesso Dott. Bantock il quale, a forza d'esperimenti, è venuto nella convinzione che il merito vero della medicatura antisettica stà nella nettezza. Il Dott. Paggi avverte inoltre che i migliori Chirurghi Inglesi non danno gran valore al metodo di Lister nella cura dei tumori del ventre, perchè ritengono che questo sia diretto principalmente ad evitare la pioemia e la setticoemia complicante, che si determinano raramente nelle grandi operazioni che si praticano nella cavità addominale.

La relazione si chiude con un rapido sguardo sul fanatismo che ha destato in questi ultimi tempi, specialmente in Inghilterra, la castrazione della donna, alla quale si ricorre talora più per arricchire la propria statistica che con l'intendimento di salvare la vita ad un'ammalata, unico obiettivo che dovrebbe avere il chirurgo.

Aperta la discussione sulla comunicazione del Dottore Campani e nessuno prendendo la parola il Presidente dichiara che non crede conveniente aprire la discussione sopra lo scritto del Dottor Paggi non essendo presente l'Autore.

Il socio Dott. Grilli e Zannetti parlano in senso contrario, dicendo che la Società può prendere argomento da quella comunicazione per incominciare una discussione sopra due punti così importanti, come la medicatura Lister e la castrazione della donna. Il Dott. Urbino accenna pure all'importanza del soggetto, ma il Presidente gli fa osservare che senza mettere in discussione la memoria di persona che non è presente si può sempre ritornare sull'argomento, e lo stesso Dott. Urbino potrà, se lo crede, trattenere in proposito la Società in altra occasione.

Messa ai voti la proposta Grilli e Zannetti di fare subito la discussione, questa viene rifiutata. Si accetta però un'altra proposta Grilli e Urbino d'inviare una lettera di ringraziamento al Dott. Paggi: dopo di che la seduta pubblica è sciolta.

V. Il Presidente
Prof. P. BURRESI.

Il Segretario
Dott. C. PELLIZZARI.

SECONDA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 6 MARZO 1881.

Alla Presidenza, il Prof. PIETRO BUI

Sono presenti: il Vice-presidente conservatori: Professori Paoli, Ecche Faralli, Celoni, Ceccherelli, Bertini, Tommasi, Bianchi, Grilli, Pereyra, Bargioni, Giuntoli, Agnolesi, Banti, E tario degli Atti.

Letto ed approvato il processo adunanza pubblica, il Segretario comun lettera del Dott. Paggi in risposta a c mento della Società stessa. Il Preside un breve elogio del compianto Prof. F membro onorario della Società, e te che la Società Medico Fisica si faccia sottoscrizione, per fare scolpire in mai Zannetti, in un busto da porsi nel mus tologica della scuola.

Il Dott. Ceccherelli fa la proposta liberi di tenere un'adunanza solenne lità e del merito del Prof. Zannetti.

Il Segretario fa osservare, che gli ficile determinare *a priori* il giorno in tale adunanza, perchè dipenderà dalla alacrità con la quale quei soci che inter biografie termineranno i loro lavori. E giunge che è in facoltà della Presidenz

adunanza, quando alcuni soci dichiarino di voler leggere delle necrologie.

Il Prof. Filippi propone che la Società deliberi di tenere tale adunanza il giorno nel quale si inaugurerà il busto.

La proposta del Presidente circa alla iniziativa da prendersi dalla Società e quella del Dott. Ceccherelli fusa in una con quella del Prof. Filippi vengono accettate all'unanimità.

Il Presidente accorda la parola al socio Dott. Celoni, il quale presenta una memoria *sopra due casi di peritonite infantile* il primo dei quali seguito da morte ed il secondo invece di estrema benignità. Dovendosi, secondo il nuovo regolamento (1), esporre un sunto delle memorie che vengono deposte al banco della Presidenza il Dott. Celoni riassume in berve i due casi. Nell'epicrisi del primo caso l'A. suppone che la malattia s'iniziasse con un semplice catarro gastrico o gastro-duodenale, il quale potè poi dar luogo a delle ulcere gangrenose e perforanti: in principio quindi si sarebbe avuta una peritonite diffusa e negli ultimi giorni una peritonite rapidamente mortale. Nel secondo caso la diagnosi si basò sui dati seguenti: un bambino di due anni sano e robusto nell'agosto 1880, essendo in campagna, fu preso da diarrea con evacuazione di materie sciolte precedute da dolore del ventre, con emissione di muco, e sempre accompagnata da febbre: al terminare di quella

(1) Nell'adunanza privata tenuta il 6 febbraio 1881 la Società deliberava di modificare l'Art. 25 dello Statuto nel modo seguente: Si accetteranno come comunicazioni: le presentazioni di malati, di pezzi anatomici, di preparati istologici, di strumenti ec., le storie cliniche non seguite da considerazioni generali. Delle memorie originali o delle storie seguite da considerazioni generali si accetterà il sunto e le conclusioni, ma i Soci saranno obbligati a deporre la loro memoria nelle mani del Segretario della Società perchè i Soci possano leggerla quando vogliano. Sulle prime comunicazioni la discussione potrà aver luogo subito, sulle altre invece nelle adunanze successive dopo esaurito l'ordine del giorno.

diarrea si determinò una idrope ascite che, unitamente al riaffacciarsi a quando a quando della diarrea, ed al grave dimagrimento del malato, risvegliò nel curante le più gravi apprensioni. Il versamento persistè fino alla fine dell'anno, ma tutti gli altri fenomeni si dileguarono e l'appetito ritornò: quindi la nutrizione generale si avvantaggiò in breve tempo. L'A. suppone che anche in questo bambino la malattia si iniziasse con un catarro gastro-intestinale, cui tenne dietro per diffusione di flogosi una peritonite con versamento sieroso.

Il socio Prof. Eccher presenta una piccola *macchina elettrostatica* da lui costruita, e fa rilevare come dall'accoppiamento dei due sistemi ben noti Töpler e Holz, che in detta macchina si riscontra, si possa avere a propria disposizione una fonte sicura ed abbondante di elettricità statica. Non occorre per essa, come per le Holz, l'uso di una lamina di ebonite strofinata per attivarla, giacchè si carica da sè, anche in condizioni atmosferiche tanto sfavorevoli che poco o nulla darebbero le stesse macchine elettriche a strofinio. Mentre poi essa non ha la tensione elettrica che si potrebbe avere con una macchina Holz d'eguale grandezza, ne ha tuttavia assai più di una corrispondente Töpler. Appena messa in rotazione essa agisce dando delle scintille fino a 4 cent. e più, sebbene il vetro girante non abbia che 26 cent. di diametro.

L'A. mostra come per avere delle scariche più o meno poderose si possano applicare due paja di condensatori. Gli scaricatori sul davanti servono a misurare la lunghezza della scintilla e quindi l'intensità della scarica prodotta; la quale, per mezzo dei soliti fili foderati di guttaperca e ben isolati manubri, può applicarsi impunemente a qualunque parte del corpo. Aggiunge che la macchina può servire ad involgere una persona isolata in una atmosfera fortemente elettrizzata, ed anche a sviluppare una grande

quantità di ozono. Non sa che applicazioni potrebbe avere in medicina la sua macchina, ma ha voluto far vedere alla Società che, nel caso che si avesse bisogno di applicare la elettricità statica, con la sua macchina si può essere sicuri di averne sempre a propria disposizione, nella quantità e tensione voluta ; poichè se la macchina attuale non fosse sufficiente se ne potrebbero aumentare le dimensioni.

Il Dott. Bianchi presenta una memoria sul tema *avvelenamento per ammoniaca* le cui conclusioni sono le seguenti :

1°. L'ammoniaca non reca nell'uomo fenomeni convulsivi e tetanici forti come negli animali.

2°. L'ammoniaca agisce sui centri vaso-motori del midollo e rende il circolo debole e frequente.

3°. L'ammoniaca reca da prima dipsnea notevole e poi indebolimento delle azioni respiratorie.

4°. La temperatura è abbassata nei casi di avvelenamento per ammoniaca: è rialzata quando si aggiunge la flogosi dei varii organi.

5°. Le pseudo-membrane, per lesione topica del tossico sulle mucose, sono simili a quelle per croup: però nelle prime si ha distruzione dell'epitelio; nelle seconde neoplasia dell'epitelio stesso.

6°. Dopo la digestione dell'ammoniaca si ha aumento di urea e diminuzione o *statu quo* dei solfati.

7°. Come applicazione pratica si può consigliare la lavatura dello stomaco e la nutrizione con i clisteri di peptone quando le mucose sono notevolmente ulcerate e l'alimentazione è resa impossibile per la via della bocca.

La discussione sullè memorie presentate dai soci Celoni e Bianchi essendo per regolamento rimandate alla

anza successiva, il Presidente apre la discussione sulla comunicazione fatta dal socio Eccher.

Il socio Dott. Turchini mentre apprezza molto la macchina del Prof. Eccher crede che non possa avere grande utilizzazione alla medicina, come non lo hanno avuto fin tutte le macchine elettrostatiche.

Il Socio Dott. Banti fa notare che anzi la elettricità statica è stata ripresa in esame in questi ultimi tempi in medicina, sperimentando sopra malati affetti da emianestesia ed ambliopia. Solamente l'applicazione è stata fatta per mezzo del panchetto isolatore. Egli chiede quindi al prof. Eccher se la sua macchina può adattarsi a simili applicazioni.

Il Prof. Eccher risponde al Dott. Turchini che non ha voluto passare avanti ai cultori delle scienze mediche, ma ha voluto semplicemente mostrare la sua macchina perchè i membri della Società vedessero se era il caso di farne qualche applicazione pratica. D'altra parte rispetto all'opinione di tutti, egli crede che non si possa negare alcuna cosa *a priori* e forse si potranno un giorno fare delle nuove applicazioni, anche della elettricità statica, che oggi non si pensano nemmeno. Al Dott. Banti risponde che non ha parlato del panchetto per dimenticanza, ma che lo si può benissimo adoperare con la sua, e con le altre macchine, e ripete che qualora abbisognasse una quantità maggiore di elettricità si potrebbe ingrandire la macchina in proporzioni più grandi.

La seduta dopo questa breve discussione è sciolta.

V. Il Presidente

Prof. P. BURRESI.

Il Segretario

Dott. C. PELLIZZARI.

TERZA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 10 APRILE 1881.

Alla Presidenza, il Dott. V. BRIGIDI, Vice Presidente.

Sono presenti i soci conservatori: Prof. Paganucci, Dott. Ceccherelli, Bianchi, Tafani, Marcacci, Urbino, Grassi, Pereyra, Grilli, Banti, Bertini, Celoni, Tommasi, Stacchini, Del Greco, Giuntoli, Pellizzari Celso ed il Vice Segretario degli Atti.

Letto e approvato il processo verbale dell'Adunanza pubblica antecedente il Segretario delle Corrispondenze dà comunicazione delle memorie e giornali venuti in dono alla Società. Il Segretario degli Atti presenta alla Società a nome del Prof. Schettini un medicamento contro la difterite.

Si vien quindi all'ordine del giorno.

Il Dott. Marcacci presenta un malato affetto da una forma morbosa cutanea assai interessante. « Esclusi, dice esso, il *lichen*, le *forme scrofolose*, l'*eritema papuloso*, i *tubercoli sifilitici*, la *lebbra*, e la *elefantiasi* per formulare una diagnosi ebbi ricorso all'esame microscopico, il quale dimostrò all'egregio Prof. Brigidi, che lo praticava, che le forme cutanee offerte dall'infermo constavano di miomi multipli. »

Il Dott. Ceccherelli incomincia a leggere un suo scritto *sul Listerismo e i suoi oppositori*; ma dopo poco il Vice

Presidente lo interrompe ricordandogli che il regolamento non permette di leggere che le conclusioni delle Memorie.

Il Dott. Ceccherelli allora dichiara che vuol difendere la medicatura alla Lister e che il suo scritto aveva lo scopo di accendere in seno alla Società una discussione sopra un argomento di tanta attualità e di tanto interesse. Il Vice Presidente si rivolge ai signori Soci adunati perchè decidano sul da farsi e viene ad unanimità stabilito che si debba seguire il Regolamento e leggere le sole conclusioni delle Memorie, per il che il Dott. Ceccherelli ripete — Conclusione della mia memoria si è — io sono sostenitore del Listerismo.

Si passa alla lettura delle conclusioni della Memoria inviata da Londra dal Dott. Adolfo Paggi *contro la medicatura alla Lister*. Secondo l'Autore la medicatura Lister ha l'inconveniente di abbassare la temperatura, nelle grandi operazioni del cavo addominale, porta spesso iscuria, riesce molesta all'operatore, e spesso ha nella sua attuazione gravi inconvenienti, mentre non diminuisce la mortalità degli operati. Infatti Bantock senza di essa ebbe un sol caso di morte sopra 21 ovariectomie, Tilt sopra 29 ovariectomie con medicatura Lister ebbe due casi di morte e sopra 21 senza tal cautela uno solo. Le statistiche di Keith danno una mortalità di 1 su 24 e mezzo con il Listerismo, e di 1 su 26 senza.

Io sono convinto, dice il Paggi, che in queste grandi operazioni la mortalità è in proporzione della *pratica e abilità* dell'operatore e prova ne sia che tutti gli Ovariectomisti hanno una statistica, nella quale la mortalità va grado a grado diminuendo.

Il Tilt che ebbe 19 morti nelle prime 50 ovariectomie ne ebbe sole 3 nelle altre 50.

Il gran segreto della buona riuscita dice il Dott. Paggi

sta nella nettezza, senza che vi sia bisogno di arrivare alle esagerazioni dello Schröder, che fa un bagno prima di operare e lo fa fare agli assistenti. Bantock, tiene gl'istrumenti nell'acqua che ha già bollito, ed osserva d'aver sempre le mani ben pulite, nè chiude mai la cavità addominale se non è ben netta, e se non è ben sicuro che sia cessato ogni stillicidio sanguigno. Queste, conclude l'Autore, sono le precauzioni necessarie e sufficienti al buon esito di tali operazioni; e se i Tedeschi prima le avessero usate non si sarebbero esagerati tanto gli effetti della medicatura antisettica, come li esagera il Galezowski che attribuisce azione miracolosa ad una soluzione dell'1 per 1000 di acido fenico.

Terminata questa comunicazione, viene aperta la discussione sulla memoria presentata dal Dottor Celoni, nella precedente adunanza.

Il Dott. Giuntoli, chiede la parola per ringraziare il Dott. Celoni, che ebbe il merito di portare un argomento di tanto interesse quale quello della peritonite infantile. Riassume quindi la prima istoria del Dott. Celoni, ed in essa fino ad un certo punto (o primo periodo) gli sembra che giustamente si potesse ritenere trattarsi di un caso di peritonite reumatica; ma in un secondo periodo gli pare che tal concetto non sia più sostenibile.

Nella seconda istoria, che pure riassume il Dott. Giuntoli dice che gli sembra che la natura reumatica sia un poco più spiccata; pure conclude che le osservazioni su tale argomento non saranno mai troppe e dice che anco dopo aver letta la memoria del Dott. Celoni, gli resta il dubbio se davvero esista dimostrata la peritonite reumatica.

Il Dott. Celoni, dichiara che con la prima delle sue storie non intese di provare l'esistenza della possibilità della peritonite reumatica, che anzi egli stesso non l'ammise in quel caso, ma che nel secondo e per lo andamento e per

l'esito ritenne trattarsi di peritonite reumatica. Termina dicendo che intorno all'esistenza della peritonite reumatica divide completamente le idee del Prof. Galvagni.

Terminata così la discussione sulla memoria Celoni, si apre la discussione sulla memoria del Dott. Bianchi, *sul tema avvelenamento per ammoniaca*. Il Dott. Grilli, avendo sentito nelle conclusioni lette nella passata adunanza che il Dott. Bianchi proponeva la lavatura dello stomaco avverte come egli tema gli effetti possibili della sondatura esofagea. Sebbene ne abbia fatte a migliaia e con felice risultato, e sebbene non abbia timore di sbagliar strada, non può dimenticare che ha veduto uno stomaco perforarsi per lo sforzo al vomito provocato da tale atto.

Non teme la sondatura in un esofago e stomaco sano, ma quando questi visceri son lesi la crede pericolosa. Fa giustamente osservare che non sappiamo, come nel caso in specie posto dal Dott. Bianchi, cioè l'avvelenamento per ammoniaca, quanto sia l'effetto che quest'ultima può aver portato, e lo ripete, non teme per la sonda in sè stessa ma per l'effetto che lo sforzo del vomito, 99 su 100, provoca sulle pareti di uno stomaco ammalato.

Il Dott. Bianchi dichiara che queste stesse osservazioni gli erano state fatte innanzi dal Prof. Filippi, e che egli aveva tolto dalla sua memoria quanto si riferiva a questo compenso terapeutico. Del resto proponeva in sua vece di far la puntura capillare dello stomaco dall'esterno, e coll'apparecchio del Potain lavar lo stomaco.

Il Dott. Del Greco, dice che fra i due mezzi crede meno pericolosa la sondatura, molto più che egli ritiene che gli effetti dell'ammoniaca sulla muccosa esofagica e gastrica non sieno molto gravi.

Il Dott. Grilli, ripete che non sa come si possa giudicare *a priori* tali effetti e domanda se esistono osservazioni e studii in proposito che accertino il fatto.

Il Dott. Banti, dice che la sondatura e la lavatura dello stomaco con la pompa gastrica, è assai usata, negli avvelenamenti, specialmente in Germania. Non la crede tanto pericolosa e dice che la si è fatta in casi molto più gravi di quelli d'un avvelenamento per ammoniaca e se l'operatore è abile l'operazione è innocua, mentre può togliere dallo stomaco elementi molto nocivi.

Il Dott. Grilli ripete che egli non fa questione di abilità, essendo per sè stessa l'operazione innocua, però teme gli effetti degli sforzi di vomito che essa provoca. Ripete d'aver veduto due casi di rottura delle pareti gastriche dietro tale sforzo. La discussione è esaurita.

Il Vice Presidente prima di aprire la discussione sulla comunicazione del Dott. Marcacci, invita questi a mostrare agli adunati il malato e i preparati microscopici.

Aperta la discussione, il Dott. Banti domanda come il Dott. Marcacci spieghi l'edema che si riscontra nelle vicinanze delle forme morbose cutanee presentate dall'infermo ed aggiunge che avendo osservato che in quei miomi, nel centro, i vasi son piccoli mentre al di fuori son più grossi; gli pare che tal disposizione anatomica possa spiegare il fatto.

Il Dott. Marcacci si associa a tale interpretazione.

Il Dott. Brigidi, dice che tal forma morbosa è forse più rara di quanto il Dott. Marcacci non abbia creduto, e che sono due soli i casi riferiti di miomi piccoli in forma tubercolare di pertinenza del dermatologo, ed appartengono a Verneuil e a Besnier. Del resto, aggiunge, che crede sieno piccoli perchè degenerano presto e perchè poveri di vasi.

L'adunanza è chiusa.

V° Il Vice-Presidente

Dott. V. BRIGIDI.

Il Vice Segretario

Dott. M. MICHELACCI.

QUARTA ADUNANZA

DEL DI 8 MAGGIO

Alla Presidenza, il Dott. V. I.

Sono presenti i soci Con-
nucci, Pellizzari Pietro, Paoli
cherelli, Corso, Giuntoli, Grassi
Stacchini, Bertini, Bargioni, Z
Segretario degli Atti.

Letto e approvato il proces-
sanza pubblica il Vice-Segreta-
tera inviata alla Società dal D.
aggiunge qualche argomento a
Listerismo, e a proposito della
relli, dice che ha notato alcun
medicatura ha oppositori molto
l'hanno sempre combattuta.

Dopo di ciò il Segretario d-
nica le memorie e i Giornali v-
e si passa all'ordine del giorn

Il Dott. Grassi, legge le c-
moria *sulla mobilità esagerata*
lora vi sono casi nei quali con-
una viziosa posizione dell'utero
narla perchè variabile, attesa la
viscere. Durante la esplorazione
binata, la donna prova in pro-
nomeni che accusa nei moti di s-
tazione, ballo, ec.).

Dice questi fenomeni consistere principalmente in stimamenti dolorosi al sacro ed ai lombi, non che in stimolo frequente di urinare, fenomeni che si mitigano o cessano coll'immobilizzare l'utero. Ora dice il Dottore Grassi, come è che una entità morbosa come questa, che ha ben distinto il suo quadro sintomatologico non ha un posto a parte nei trattati nei quali si descrivono le malattie uterine? Infatti solo due o tre autori fanno menzione della eccessiva mobilità dell'utero, ma nessuno dà ad essa l'importanza che merita, per lo che il Dott. Grassi, giustamente credè tale argomento degno di studio, ed avendo opportunità di visitare molte ammalate, sia alla maternità, sia alle consultazioni pubbliche e private ha potuto stabilire :

1° Essere l'eccessiva mobilità dell'utero assai frequente.

2° Il non aver tenuto conto di tal forma morbosa essere stata causa di disaccordo fra i vari autori a proposito della relativa frequenza della antiversione e retroversione.

3° Tale malattia poter essere congenita o acquisita.

4° Esser talora la mobilità uterina dovuta all'*usura* del tessuto adiposo. Come pure doversi una parte dei fenomeni dolorosi concomitanti allo stato congestivo delle ovaie.

Finalmente conclude doversi sempre tentare la immobilizzazione che permette all'inferma di tollerare altre cure adattate a risolvere i processi morbosi concomitanti la eccessiva ed abnorme motilità dell'utero.

Quindi lo stesso Dott. Grassi, comunica all'Accademia alcune considerazioni fatte sopra di un caso che gli occorre osservare, di cambiamento di presentazione, avvenuto in una donna accolta nella Clinica Ostetrica a soprapparto già incominciato da 15 ore circa.

Le acque erano scolate da parecchie ore e la parte presentata risultò essere il piano laterale sinistro, con inclinazione dorsale; fatto il rivolgimento e poi l'estrazione, si

constatò che oltre al tumore del parto esistente nella regione fetale suddetta, eravene un altro sulla natica sinistra. Questa prova irrefragabile di una primitiva presentazione podalica, cambiata in una del tronco, nonostante lo scolo del liquido amniotico, mette il caso in questione fra i più interessanti della pratica ostetrica; sicchè il Dott. Grassi, dopo avere accennato ai fatti congeneri narrati dagli autori, si studia d'indagare la causa o le cause di una violazione così aperta delle leggi che reggono il meccanismo del parto.

Nel caso attuale il Dott. Grassi, crede che il volume del feto, e le qualità della presentazione abbiano figurato come cause predisponenti al fatto in questione, mantenendo sempre oscillante allo stretto superiore la regione fetale che avrebbe dovuto impegnarsi nel bacino. Crede poi che la causa determinante la si debba trovare nella cattiva direzione delle contrazioni uterine o per meglio dire nella cattiva direzione dell'asse uterino che era esageratamente inclinato da destra a sinistra.

Il socio Dott. Corso legge quindi le conclusioni di alcuni esperimenti *sul midollo spinale delle anguille* (Vedi la sua pubblicazione: *le tre coscienze*).

I fenomeni antichi veduti da Pflüger, e i nuovi osservati dal Prof. Oehl nei ranocchi e nelle anguille, proverebbero che il midollo spinale è capace di coscienza e di volontà. Ecco i fatti principali su cui si fonda questo giudizio. Il ranocchio, nel quale sono messi fuori d'azione il cervello ed il midollo allungato, tagliando il solo midollo, onde evitare l'emorragia, a un centimetro circa dall'articolazione del cranio colla colonna vertebrale:

1°. Asciuga l'acido acetico, posto intorno alla cloaca, adducendo gli arti pelvici; tolti questi, fregandosi il perineo e l'addome cogli arti toracici.

2°. Asciuga l'acido, posto sopra la pelle ascellare, adducendo il braccio corrispondente; e se impedito, o af-

puntato questo, tenta raggiungere lo scopo, non coll'arto toracico sano, perchè troppo corto e poco mobile, ma colla zampa posteriore corrispondente.

Pflüger osservò che la porzione caudale dell'anguilla decapitata, messa vicino alla fiamma, se n'allontana, flettendosi verso il lato opposto e non secondo la legge della riflessione.

Il Prof. Oehl vide, che le sezioni gradatamente superiori al tratto caudale, eccitate dalla fiamma, si contraggono quasi sempre dal lato corrispondente alla medesima allontanandosene. In ambidue i casi, fa notare l'Oehl, viene fatto il movimento più opportuno per allontanare il punto eccitato dalla fiamma, una volta secondo la legge della riflessione, e l'altra no. Se la coda si contraesse seguendo la detta legge, si scotterebbe entrando nella fiamma.

L'A. dice di potere aggiungere i seguenti nuovi fatti:

1° Stringendo colle pinzette una delle pinne, la parte superiore dell'anguilla decapitata si volta dal lato opposto come per sottrarsi alla sensazione molesta. Le pinne messe ad angolo retto col dorso si serrano a questo, se eccitate dalla fiamma.

2°. L'anguilla decapitata se messa in un bicchiere in modo che restino fuori circa 35 millimetri della parte anteriore, si volge più volte in su; incurvasi quindi verso il lato opposto a quello che poggia sul bordo del bicchiere; se non entra tutta in questo, rimane penzoloni ed immobile.

3°. La coda dell'anguilla dimezzata, sia giacente sul dorso o sull'addome, tenuta orizzontalmente con questo rivolto in giù o in su, o verticalmente colla coda in basso, si contrae sempre allontanandosi dallo stimolo, qualunque esso sia.

4°. Se all'anguilla dimezzata giacente sull'addome, si tocca il bordo dorsale, s'incurva accostando il punto ec-

citato alla superficie della tavola; toc-
bordo inferiore, se ne stacca formar

5°. Invece, l'eccitazione dei bordi
distanti dalla punta non più di 15 r
flessione sempre crescente della cod.
posto a quello eccitato. Basta l'ecc
bordo flessso, perchè la coda si ra-
riormente al punto indicato si ha il
punto varia insieme alla lunghezza

6°. Se la metà posteriore dell'ai
dei lati, coll'estremità caudale penzol
trovare un appoggio alla coda sospe
riesce a portarla sul tavolino e allo

7°. Se la parte penzolari è re
dopo alcune contrazioni a mano a r
resta. La metà posteriore dell'angu
questo caso come un ranocchio, tenu
testa in alto, il quale fa varie contra
l'estremità posteriori, ma stancatosi,
a poco a poco e restano distese.

8°. Se si applica una lastra di
alla superficie destra dell'estremità c
la contrazione verso destra, e poi si accosta la fiamma
alla superficie sinistra, l'estremità caudale si stacca dal
vetro cui aderiva, flettendosi verso la fiamma e poi in alto.

9° Se si eccita fortemente colla fiamma la superficie
destra della coda, questa se n'allontana piegandosi a sini-
stra; se si lascia la superficie destra vicino alla fiamma, ma
non tanto, e subito dopo si tocca leggermente la superficie
sinistra della coda, questa non si contrae come suole or-
dinariamente verso destra, ma a sinistra, come se inten-
desse che è un male minore accostarsi all'oggetto che la
tocca appena, e non alla fiamma che l'ha poco prima
scottata. Se invece si tocca colla punta d'un coltellino,
la coda si piega a sinistra allontanandosi dalla punta e

dalla vicina fiamma. Questi due fenomeni non sono costanti, io credo perchè l'eccitazione forte cambia l'eccitabilità nervosa dell'anguilla, e poi è quasi impossibile eccitarla colla fiamma sempre ugualmente.

10°. La coda dell'anguilla eterizzata si piega verso la fiamma che la eccita; passata l'eterizzazione, se n'allontana.

Infine il Prof. Pietro Pellizzari presenta *un caso notevole di androgenia*. Si tratta di un individuo, romano rachitico, con baffi e pizzo, con voce grossa, con pelle bruna, con petto maschile, muscoli ben sviluppati. La direzione dei peli sul pube e sulla linea mediana del ventre è veramente come nel maschio. Vi ha una piccola verga con un glande notevole, scoperto e imperforato. Al di sotto della base della verga vi ha l'apertura dell'uretra e più in basso l'ostio vaginale, con i lacerti dell'imene. Introducendo in vagina un dito si sente fortemente ristretta.

Il Prof. Pellizzari dice che non ha trovato la bocca uterina, nè l'utero, nè i testicoli, in alcuna parte accessibile alla palpazione. Agli inguini si hanno delle grosse glandule indolenti. La verga è capace di erezione, però questo fatto è incompleto, mentre questo individuo è più dedito ad usare con il sesso maschile.

Il Prof. Pellizzari crede che il cercine da esso sentito e che si trova in fondo alla vagina, possa essere un rudimento di utero, tanto più che l'individuo afferma che a 17 anni, per due volte, ebbe un scolo sanguigno dalla vagina, e attualmente ogni mese ha disturbi speciali. Emette quindi l'ipotesi che possano esistere le ovaje. Conclude pel sesso dubbio del soggetto.

Il Dott. Brigidi fa osservare che quella verga gli sembra un clitoride con la mucosa modificata e la sua forma primitiva. Nega esistere vero ermafroditismo.

Il Prof. Pellizzari dichiara non ammettere l'ermafroditismo; conclude per credere che qui il soggetto sia più donna che uomo, ma che vi si trovano i genitali dei due sessi più o meno sviluppati.

Aperta la discussione sulla memoria presentata nella seduta dell'aprile, nessuno si presenta a porla in discussione: quindi la seduta è dichiarata chiusa ed i Soci sono invitati dal Prof. Pietro Pellizzari a passare nel suo gabinetto per completare l'esame degli organi genitali dell'individuo da esso presentato.

I risultati di questo esame narrati nello *Sperimentale* del maggio 1881 furono i seguenti:

L'orificio uretrale ammette una siringa, che conduce direttamente in vescica.

L'ostio vaginale permette al dito la esplorazione, ma si contrae violentemente su di esso. Il canale vaginale è vellutato, dilatabile ed il suo fondo offre un avvallamento circondato da cercine elastico. Lo speculo non può introdursi. La sonda non trova un'apertura al fondo della parete vaginale, ma la sondatura vescicale combinata con la ispezione vaginale fatta col dito, fa sentire che vi ha un corpo duro e carnoso, che occupa la sede dell'utero. Si conferma infine che non esistono testicoli in qualsiasi parte e che a destra vi è una glanduletta ingorgata ma indolente, che è comparsa da tre anni, dopo uno sforzo.

V^o Il Vice-Presidente
Dott. V. BRIGIDI.

Il V. Segretario
Dott. M. MICHELACCI.

QUINTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 3 LUGLIO 1881.

Alla Presidenza, il Dott. V. BRIGIDI, Vice Presidente.

Sono presenti i soci Conservatori: Prof. Paganucci, Dott. Ceccherelli, Boncinelli, Bertini Oreste, Bianchi, Faralli, Giuntoli, Grassi, Grilli, Nesti, Tommasi, Turchini, Urbino, Vecchietti, e il Segretario delle Corrispondenze.

Letto e approvato il rapporto della precedente Adunanza, presentati i doni pervenuti alla Società, viene data la parola al Dott. Vecchietti il quale discorre *sull'uso dell'acido fenico nelle malattie croniche dei polmoni e dei bronchi*. Nella sua memoria, fatta la storia dell'uso dell'acido fenico nelle affezioni surriferite, e premesso che egli l'ha usato in soluzione alcoolica, di due parti di acido fenico su una di alcool, da prendersi a gocce in un poca d'acqua, cominciando a farne prendere 5 o 6 gocce due volte al giorno, e quando sia tollerato aumentando di 2 gocce ogni 3, o 4 giorni fino alle 15 o 16 gocce per volta, passa a dire in quali casi l'abbia usato e con quali risultati. Dice che in tal modo somministrato riesce facile a prendersi e che non ha mai avuto ad osservare gli inconvenienti che si sono talora verificati nella pratica chirurgica specialmente colla medicatura alla Lister, venendo in ultimo alle seguenti conclusioni: 1° che l'uso interno dell'acido fenico è un eccellente rimedio nelle malattie croniche dei polmoni e bronchi; 2° che la sua massima efficacia si spiega quando la malattia è a processo suppurativo; 3° che anche nelle vere tubercolosi

polmonari, nelle quali la guarigione è problematica e rarissima, si possono migliorare molto le condizioni del malato ed ottenere risultati soddisfacenti.

In seguito il Dott. Aurelio Bianchi, prendendo occasione dalle recenti pubblicazioni del Luton di Reims *sopra la dieta acquea nelle febbri tifoidee*, fa osservare: che questo metodo terapeutico, fu adoperato per la prima volta in Italia e precisamente in Napoli verso il 1720 dal Magliano, dall'Aurunzio e dal Cirillo: che le indicazioni che ne dettero questi Medici italiani sono identiche a quelle che oggi sono date dal ricordato Medico francese; e che l'unire, come egli fa, i necessarii medicamenti alla suddetta dieta è cosa che fu pure adoperata in Italia verso la medesima epoca. Riferisce poi il Dott. Bianchi tre casi di tentativi di questa cura da lui compiuti e che non furono tollerati dagl'infermi. Conclude infine che scopo di questa rivista sulla dieta acquea non era quello di rimettere assolutamente in vigore questo modo di cura, ma di rammentare che in Italia si è adoperata prima che altrove, dandole assetto scientifico, e al tempo stesso per deplorare che gli stranieri trascurino affatto di tenere conto dei nostri lavori, vendendo come studii originali e proprii quelli che loro dovrebbero essere noti se più facessero tesoro della storia della medicina e di quello che in altri paesi fu fatto, e più specialmente scritto e stampato.

In ultimo il Dott. Urbino parla di *un caso di stenosi laringea prodotta da tumore epiteliale della glottide che prendeva origine dal ventricolo sinistro della laringe*. Il paziente era uomo robusto, sui 60 anni, stato sempre sano fino a quel momento. L'epitelioma occupava lo spazio sopra-glottico, mentre la porzione sotto-glottica era sana. Esauriti i mezzi ordinarii per scongiurare il pericolo dell'asfissia e dovendo aprire una via artificiale all'ingresso dell'aria

invece di ricorrere alla crico-tracheotomia, pensò in tal caso d'impiegare il processo che immaginato, e raccomandato dal Vieq d'Azyr, fu richiamato in questi ultimi tempi in onore del Krishaber di Parigi e con felice successo praticato varie volte da alcuni chirurghi, specialmente francesi. Tale processo fu dal Krishaber chiamato laringotomia inter-crico-tiroidea e consiste nell'aprire una via all'aria incidendo la membrana o ligamento crico-tiroideo, introducendo quindi nel canale laringo-tracheale una cannula speciale la quale non differisce dall'ordinaria che nell'avere la cannula interna foggata a becco alla sua estremità libera e sorpassante di un buon terzo l'orlo della cannula esterna. Appena penetrata la cannula nelle vie aeree si toglie l'interna fatta a becco e la si sostituisce con una ordinaria cannula interna e la respirazione si fa fin d'allora completa. L'operazione consiste quindi di 4 tempi brevissimi:

1°. Ricerca (a testa fortemente rovesciata in dietro) delle due prominenze cartilaginee formate, in alto dall'angolo inferiore della tiroide, e in basso dall'anello cricoideo, e limitazione coll'apice del dito indice sinistro dello spazio fra essi compreso ;

2°. Incisione a strati dei tessuti molli per la lunghezza di 3 a 5 centim. fino a porre allo scoperto la membrana crico-tiroidea ;

3°. Puntura di questa membrana ed incisione di essa dall'alto al basso e dal basso all'alto ;

4°. Introduzione della cannula a becco.

Il Dott. Urbino narra quindi che egli potè eseguire facilmente e prontamente l'operazione senza avere emorragia, tale non potendosi considerare la perdita di poco sangue da una vena subcutanea, arrestata subito con una pinzetta emostatica; l'introduzione della cannula fu facile e rapidissima, e immediatamente il malato potè respirare liberamente. Al terzo giorno fu cambiata la cannula e dopo

giorni il malato potè lasciare Firenze e tornare al paese provvisto di una cannula di Cantchouc vulcata.

Il Dott. Urbino finisce raccomandando questo processo più semplice e più spedito di quello ordinario, come soggetto agli inconvenienti dell'ordinaria tracheotomia e alle difficoltà d'introdurre la cannula speciale nei casi d'imminente asfissia, come processo che eseguirsi da soli in mancanza di aiuto, ed eseguibile negli adulti come sui bambini non essendovi in tal caso che da modificare il calibro della cannula.

Dopo ciò fu aperta la discussione sulla memoria nella passata Adunanza dal Dott. Grassi sopra *la normale mobilità dell'utero nella gravidanza*. Intorno a questa sorse una discussione fra il Dott. Giuntoli e il Dott. Grassi sul modo di giudicare di questa mobilità, tenendo conto di quella mobilità uterina che può dirsi fisiologica. Il Dott. Giuntoli finiva col dimandare che cosa doveva intendersi per esagerata mobilità uterina? Il Dott. Grassi rispondeva che quando egli aveva detto esagerata mobilità uterina, aveva voluto indicare una mobilità maggiore e estesa di quella normale e fisiologica.

Dopo ciò l'Adunanza pubblica fu chiusa, rimanendo i adunati in seduta privata.

V^o Il Presidente
Prof. P. BURRESI.

Il Segretario delle Corrispondenze
Dott. R. ZANNETTI.

ANNO ACCADEMICO 1881-82

Presidente,	Prof. PIETRO BURRESI
Vice-Presidente,	Dott. VINCENZO BRIGIDI
Segretario,	Dott. CELSO PELLIZZARI
Vice-Segretario,	Dott. MICHELE MICHELACCI
Segretario delle Corrispondenze,	Dott. RAFFAELLO ZANNETTI

NOTA — Per deliberazione presa dalla Società nell'Adunanza privata del di 6 febbraio 1881, l'anno Accademico si apre con la prima domenica di novembre e si chiude con la prima domenica di luglio; le Adunanze ordinarie sono in numero di nove e si tengono ogni prima domenica del mese.

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

└

LA FIORENTINA

PUBBLICA

1882.

BURRESI, *Presidente.*

atori: Professori Paga-
Raffaello, Simi, Faralli,
yra, Boncinelli, Bianchi,
li, Michelacci Michele,

io verbale dell'Adunanza
quello dell'Adunanza del
munica alla Società una
l Comitato pel Congresso
nel settembre venturo.
denze enumera i varii
e in dono alla Società.

io della Presidenza una
memoria sulla *Tisi polmonare negli eserciti* inviata dal
socio Dott. Ricciardi.

St. Accad.

Sopra questo argomento tante volte discusso l'A. ci invia oltre la memoria, che rimane a disposizione dei soci, il seguente riassunto:

1°. La tisi polmonare sia tubercolare come caseosa, è frequente negli eserciti, ed è quella che dopo le malattie infettive cagiona la maggiore mortalità.

2°. Nell'esercito italiano la mortalità per tubercolosi, emottisi, bronchite cronica ed altre malattie croniche del polmone raggiunse nel quadriennio 1875-78 la proporzione di 2,20 su 1000 uomini della forza media: la proporzione dei riformati fu nello stesso periodo di tempo di 2,95: quindi perdita totale 5,15. Questa perdita è superiore a quella dell'esercito francese e germanico, inferiore d'assai a quella dell'esercito inglese dove questa mortalità fu nel quinquennio 1871-75 di 2,54 e le riforme di 5,37 per mille: totale 7,91. Nell'esercito germanico la proporzione dei morti per questa malattia arrivò appena nei cinque anni dal 1873 al 1878 a 0,84, molto meno cioè che nel nostro esercito; quella dei riformati fu di 2,37 ossia alla nostra di poco inferiore. E qui vuole essere avvertito che nelle statistiche sanitarie dell'esercito germanico, oltre le riforme per tisi, altre se ne trovano per manifesta disposizione alla tisi. Nell'esercito austriaco i morti per la stessa malattia furono nel quadriennio 1869-72 in ragione di 3,30 per mille, nel quadriennio 1873-76 di 2,30 come quasi nell'esercito nostro. Le statistiche austriache non mettono i riformati dell'esercito attivo in rapporto con la forza dell'esercito. Per l'esercito russo nè i morti, nè i riformati per tisi si possono mettere in rapporto con la forza dell'esercito, ma solo con tutti gli altri morti e tutti gli altri riformati; ma da questo rapporto apparisce che la tisi è malattia delle più frequenti, costituendo essa sola quasi la metà di tutta la mortalità militare.

È stata lungamente agitata la questione, e non ancora risolta, se la tisi polmonare sia negli eserciti più

frequente che nel rimanente della popolazione dello stesso sesso ed età. Mancano per ora documenti certi per questo confronto. Ma dai pochi dati che abbiamo potuto raccogliere parrebbe potersi arguire che i morti per tisi nell'esercito sono in proporzione minore che nelle popolazioni civili per lo stesso numero di viventi. Ma nell'esercito vi sono ancora i riformati, gran parte dei quali sono condannati a certa morte. Questi aggiungendo agli altri si trova che le perdite sono nell'esercito un poco superiori a quelle della popolazione civile. Ma questo poco è molto se si considera che l'esercito comprende il fiore della gioventù, gli uomini più robusti e più sani che sono i meno disposti alla tisi.

Ora quali sono le circostanze che influiscono a modificare la costituzione organica per modo da indurvi la disposizione alla tisi?

La causa principale della frequenza della tisi negli eserciti è stata fino da antico riguardata la vita a comune, il respirare l'aria confinata o inquinata delle caserme. A questa causa la Commissione Reale di Londra attribuì la frequenza della tisi nell'esercito inglese. E il fatto dimostrò che aveva ragione, poichè dopo la costruzione delle nuove caserme, dietro i più saldi principii della igiene, la tisi diminuì considerevolmente nell'esercito della Gran Bretagna. Esempii di tisi sviluppata e dominante nelle case, nei monasteri, nelle prigioni in cui l'aria è scarsa o mal rinnovata si trovano a centinaia negli autori.

Altra causa che concorre potentemente a generare la tisi, offendendo il processo di nutrizione è la scarsa o prava alimentazione. Il vitto degli eserciti in generale è buono; potrebbe questionarsi se sia sufficiente per giovani da 20 a 25 anni che lavorano. Ma questo si può sostenere non essere la causa principale della tisi negli eserciti, perchè l'esercito inglese e russo che sono i migliori nutriti, sono forse i più travagliati dalla tisi.

Le guardie notturne possono pure danneggiare l'organismo in modo da renderlo proclive alla tisi. Il sonno è un indispensabile elemento riparatore, tanto più necessario ai giovani che non hanno ancora compiuto lo sviluppo organico, e la sua perdita continuata, pervertendo il sistema nervoso, offenderà certo il processo di nutrizione con tutte le conseguenze che ne sogliono derivare.

Lo sviluppo della tisi o il suo passaggio dallo stato latente o cronico allo stato evidente o acuto è favorito dal cambiamento di clima. E le statistiche inglesi hanno dimostrato che non solo è pericoloso a questo riguardo il passaggio dal sud al nord, ma anche dal nord al sud.

Il servizio militare per sè stesso, le fatiche che vi sono inerenti, le marcie, gli esercizi troppo violenti o troppo prolungati, specialmente con lo zaino addosso, che oltre aumentare lo sforzo generale affatica particolarmente gli organi respiratori e circolatori, sono non ultimi motivi che concorrono a preparare il terreno alla tisi.

La causa occasionale più frequente e più potente della tisi nei militari, è l'azione dei comuni agenti atmosferici, è il freddo, il freddo umido, le correnti d'aria a cui sono tanto frequentemente esposti. Molto rara è nei soldati la vera tubercolosi polmonare primitiva sia cronica che acuta. La polmonite catarrale, la bronco-alveolite è in loro l'ordinario processo generale della tisi, che quasi sempre è la conseguenza di un semplice catarro bronchiale o tracheale trascurato, ovvero di una malattia eruttiva specialmente del morbillo, di cui ogni anno occorrono delle piccole epidemie massime nei coscritti.

Vediamo ora quali sarebbero i provvedimenti più importanti per cercare di restringere nell'esercito questa terribile malattia.

È necessario prima di tutto una rigorosa scelta dei soldati; che sieno eliminati tutti coloro che potrebbero avere anche una lontana disposizione alla tisi. Il nuovo

elenco delle infermità esimenti dal servizio militare, che stabilisce per l'accettazione dei soldati un rapporto determinato fra la statura e la periferia toracica porterà, ne siamo sicuri, in avvenire i suoi frutti.

Si eviti l'affollamento delle caserme, si procuri una buona e non interrotta ventilazione nei dormitori. Se non si può seguire l'esempio della Inghilterra sostituendo alle attuali, nuove caserme fondate sui sani principii della igiene, si migliorino almeno quelle che abbiamo, assicurando specialmente di notte il necessario rinnovamento dell'aria, e ad ogni uomo sia assegnato indispensabilmente un conveniente spazio cubico nei dormitori.

Il vitto del soldato sia abbondante, variato, ricco di materiali albuminoidi e grassosi, sia proporzionato alla costituzione organica e alla attività dell'individuo.

Agli uomini che hanno passato la notte in servizio sieno concesse il giorno appresso almeno sei ore di riposo continuato in camere appartate, ove sia modo di dormire tranquillamente.

Le fatiche non siano eccessive; il coscritto si avvezzi a poco a poco agli esercizi militari; si dia molto tempo alla ginnastica, ma sia diretta con accorgimento, e graduata secondo le forze individuali. Sia fatta senza zaino, a allo scoperto, con le membra e il petto liberi da ogni impaccio, sia intesa specialmente allo sviluppo delle forze respiratorie.

I soldati non si espongano senza necessità alle intemperie atmosferiche. Abbiano buoni vestiti e buone coperture pel letto; non si alleggeriscano nè si espongano a corrente d'aria quando tornano dagli esercizi; si impedisca il soverchio riscaldamento dei corpi di guardia, causa frequente di raffreddori.

Finalmente sieno evitati i repentini passaggi di clima. I coscritti sieno tenuti per qualche mese ai distretti prima di passare ai reggimenti, e questo passaggio si faccia alla

buona stagione. I cambiamenti di gu.
nati in modo, che i reggimenti non
capo all'altro d'Italia, ma sieno tran
altro vicino e per clima affine.

È aperta quindi la discussione s'
tate nell'Adunanza del 3 luglio pass
chietti e del Dott. Urbino; ma nessuno
la seduta pubblica è sciolta e i Soci
nere in seduta privata.

V. Il Presidente
Prof. P. BURRISI.

Dott

SECONDA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DÌ 5 FEBBRAIO 1882.

Alla Presidenza, il Dott. V. BRIGIDI, Vice-Presidente.

Sono presenti i soci conservatori: Professori Paganucci, Eccher, Dottori Zannetti Raffaello, Urbino, Ceccherelli, Pereyra, Boncinelli, Giuntoli, Tommasi, Bianchi, Banti, Marcacci, Turchini ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo verbale dell'Adunanza pubblica del dì 8 gennaio scorso, il Segretario delle Corrispondenze enumera le pubblicazioni mediche ed i giornali giunti in dono alla Società.

Ha poi la parola il socio Dott. Urbino il quale narra la storia di un *Caso di paralisi della corda vocale destra per compressione del ricorrente esercitata da un aneurisma all'arco aortico*. Un individuo di cinquant'anni ex-militare dopo essere stato affetto da una bronco-pneumonite ed essersi perfettamente ristabilito, fu preso gradatamente da disfonia ed accessi lievi di stenosi laringea durante la notte e stando in posizione supina. Credè si trattasse di una semplice laringite e come tale la curò, quando non trovando alcun sollievo si presentò al Dott. Urbino per essere esaminato col laringoscopio. Questo esame rivelò paralisi d'adduzione alla corda vocale destra senza altra lesione della laringe, la quale si presentava nel suo aspetto normale. Escludendo ogni causa intrinseca della laringe, la paralisi non era da attribuirsi altro che a causa centrale o periferica del ricorrente.

Interrogato il malato si venne a conoscere che esso portava alla regione anteriore del petto in corrispondenza della 3^a articolazione costo-sternale destra, una intumescenza dolorosa la cui comparsa datava da 2 mesi ed era stata preceduta da dolori nevralgici nel plesso brachiale e dei nervi intercostali. Esaminato il tumore, esso presentava tutti i segni evidenti e manifesti di aneurisma dell'arco aortico che aveva cominciato ad usurare la costa.

L'aneurisma comprimeva altresì il ricorrente e di qui la paralisi della corda vocale destra.

L'importanza del caso, consiste secondo il Dott. Urbino, nel fatto che l'esame laringoscopico col suo responso aveva guidato alla scoperta di un aneurisma, del quale il malato non aveva fatto cenno e che era egualmente sfuggito a chi aveva visitato antecedentemente l'individuo.

Il sottoscritto presenta alla Società tre membri di una stessa famiglia ammalati accidentalmente di sifilide. La origine di tale infezione si deve ad un bambino nato da genitori sifilitici e preso, mentre non presentava traccia di malattia, per essere allattato il 12 agosto scorso dalla donna Antonietta Gori. Il bambino mostrò le prime manifestazioni nella zona genito-anale un mese più tardi; e dopo altri quindici giorni anche alla bocca. Ai primi di novembre la donna volle restituire il bambino ai genitori, ma essa presentava già i primi segni di malattia; tanto è vero che il 29 di dicembre oltre a tre ulcere infettanti alle mammelle si avevano già in lei le manifestazioni generali.

La donna dormiva col marito: un bambino di nove anni dormiva nello stesso letto: altre due bambine dormivano separate in altro letto. Queste a tutt'oggi sono rimaste sane. Invece il bambino, sia per essere stato asciugato con dei panni che servivano alla madre, sia per aver poggiato il viso sul seno materno, verso la metà di novembre si ammalò al punto di riunione delle pal-

pebre al canto interno dell'occhio sinistro. Che si trattasse di una ulcera infettante lo mostrano oltre i caratteri della località, gli ingorghi grossissimi di tutte le glandule risedenti davanti e dietro all'orecchio non che al disotto della mascella a sinistra; e le manifestazioni generali delle quali si mostrò coperto fino dalla visita fatta il 10 di gennaio scorso.

Dopo il figlio venne la volta del padre, ed è possibile che questi ricevesse da quello la malattia inquantochè il bambino aveva dormito alla destra del padre e come si è veduto era ammalato dall'occhio sinistro. Ora il padre si ammalò per l'appunto al canto interno dell'occhio destro una quindicina di giorni dopo il bambino. Alla visita del 29 dicembre il padre non presentava segni d'eruzione generale; questi cominciarono ad apparire il 10 gennaio, quando invece nel bambino erano arrivati al punto di massima intensità.

La sede precisa dell'ulcera del padre, era discutibile: infatti, alcuni medici che avevano veduto l'ammalato qualche giorno prima del sottoscritto, avevano dichiarato trattarsi di una ulcera della congiuntiva. Viceversa il Dott. Pereyra che aveva veduto l'ammalato il 27 dicembre, ed il sottoscritto che l'aveva veduto il 29, ritenevano piuttosto che l'ulcera si fosse impiantata, nel terzo interno della palpebra superiore. Infatti in quel punto esisteva, un rossore cupo circoscritto, in un punto dove anche l'epidermide, non aveva i caratteri normali, soppanato da infiltramento duro dei tessuti sottostanti. Esisteva pure un rossore più diffuso all'intorno, ed edema di tutto il canto interno dell'occhio. Sulla sclerotica nella regione corrispondente, si vedeva un sollevamento chemotico per infiltramento episclerale, traversato da fini vasi sanguigni. Ora il sottoscritto pensando alla rarità nell'ulcera della congiuntiva, credeva possibile che quell'essudato episclerale, fosse spiegabile anche con l'ulcera della palpebra. Ed

avvalorava il suo concetto col fatto, notato dal Wecker, che le poche ulcere infettanti della congiuntivite, sono state accompagnate dall'ingorgo prevalente (per non dire unico) della glandula preauricolare. Ora nel caso nostro, questa glandula era ingrossata ma pochissimo, mentre lo erano molto più la mastoidea, e tutte quelle sottomascellari.

Aperta la discussione, a norma del regolamento, sulla comunicazione fatta dal Dott. Urbino, sulla quale nessuno ha preso la parola, e su quella del sottoscritto, il Dottore Pereyra chiede la parola, e dice poche cose, confermando l'opinione che l'ulcera infettante, di cui è stata fatta menzione, nell'ultimo caso non avesse realmente sede sulla congiuntiva, ma piuttosto sulla palpebra superiore.

È aperta quindi la discussione sulla memoria presentata dal Dott. Ricciardi nell'Adunanza dell'8 gennajo riguardante la tisi negli eserciti.

Il Dott. Raffaello Zannetti riassume brevemente la memoria, ne enumera i pregi, dice quali punti sarebbero per lui suscettibili forse di discussione, ma facendo astrazione da questi particolari, crede di potere accettare le conclusioni del Dott. Ricciardi. Nota che purtroppo, però ogni discussione sarebbe oziosa; perchè tutti ci possiamo sentire capaci, di fare delle proposte assennate, ma dall'altro lato, vi sono le necessità insormontabili della organizzazione militare. Si limita perciò a proporre, che la Società dia un voto di adesione, alle conclusioni espresse dal Dott. Ricciardi nella sua memoria.

Dopo una discussione più o meno strettamente legata, alla proposta Zannetti, alla quale prendono parte, i Dottori Tommasi, Banti, Ceccherelli; il Vice Presidente pone la questione, se la Società intende di dare questo voto di adesione subito, o se crede meglio di dare a studiare la questione ad una commissione, che referisca in altra adunanza, e sul rapporto di questa commissione, pronunciarsi.

circa al voto di adesione. La Società si pronunzia favorevole alla prima proposta, ed il voto di adesione viene accettato.

Il Dott. Zannetti formula allora una seconda questione, se cioè la Società intende di prendere l'iniziativa per stabilire delle norme generali, per avere una statistica internazionale, uniforme sulla frequenza della tisi negli eserciti, e sui rapporti di frequenza, fra militari e civili.

Messa ai voti la proposta, questa non viene accettata. Dopo di che la seduta è sciolta.

V. Il Presidente
Prof. P. BURRESI.

Il Segretario
Dott. C. PELLIZZARI.

TERZA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 2 APRILE 1882.

Alla Presidenza, il Prof. P. BURRESI, Presidente.

Sono presenti: i soci conservatori Prof. Paganucci, Dottori Zannetti Raffaello, Bianchi, Grilli, Banti, Michelacci Michele, Boncinelli, Stacchini, Faralli, Marcacci, Nesti, Tommasi, Giuntoli ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo verbale dell'ultima Adunanza, si comunicano alla Società alcune lettere ed i titoli delle pubblicazioni giunte in dono.

Il socio Dott. Bianchi parla di *alcuni casi di malattia gastrica* nei quali è stata adoperata come cura *la irrigazione dello stomaco*.

Due di questi casi sono stati osservati nella Clinica Medica di questa città, un terzo nella pratica privata. Nei primi due si trattava: di gastrite cronica che data da molti anni e di catarro gastrico cronico dei bevitori: nel terzo di emorragie ripetute della parete gastrica per carcinoma. In tutti si osservò facilità nell'introduzione della sonda, completa fuoriuscita del contenuto gastrico e nessun disturbo sia locale che generale.

Nei due malati della Clinica Medica le irrigazioni gastriche si fecero con acqua alla temperatura dell'ambiente e con bicarbonato di soda: nel malato di cancro gastrico con acqua Pagliari che frenò bene l'emorragia.

A conferma delle cose dette il Dott. Bianchi presenta il malato di gastrite cronica il quale può dirsi

guarito e gode ottima salute continuando da sè la irrigazione una volta al giorno, e fa vedere il modo semplice e facile col quale si compie la introduzione della siringa e la necessaria lavanda dello stomaco.

Ha poi la parola il socio Dott. Grilli il quale fa *una comunicazione sopra l'età dei pellagrosi*.

Il Dott. Grilli lamenta che in generale tutti gli studiosi della pellagra poco si siano curati di stabilire quali sono le età in cui maggiormente infierisce questa malattia; e con varie citazioni di diversi autori dai più antichi ai recentissimi dimostra come su questo proposito le idee siano restate non solo incerte ma anche completamente fra loro contraddittorie. — Ciò a parer suo deriva dal modo inefficace od erroneo con cui furono raccolti i fatti, essendochè le statistiche, dalle quali si è voluto rilevare l'età dei pellagrosi sono o relative ad un numero troppo ristretto di casi o raccolte in circostanze speciali capaci di per sè sole ad alterare il vero.

Egli sperò che l'inchiesta governativa ordinata il 13 settembre 1878 potesse riescire a dileguare ogni dubbio su questo punto; ma così non fu perchè all'invito Ministeriale la sola provincia di Como rispose tenendo esatto conto dell'età; le altre provincie in generale non se ne occuparono punto ed anche quelle poche, come Cremona, Modena, Novara, Verona, che ne tennero un qualche conto lo fecero per gruppi di dieci, venti, trenta e perfino di quaranta anni; per modo che cotesto raggruppamento di anni rende impossibile di rilevare qualche cosa di preciso.

E quindi il Grilli si diede a qualche ricerca per conto proprio; e non potendo ricavare i dati dalle statistiche dei Manicomi, perchè queste indicano l'età dei folli pellagrosi e non quella dei pellagrosi in generale; e neppure credendo di potersi valere delle statistiche degli

Spedali comuni ove si accolgono i pellagrosi, perchè la età di per sè sola può bastare a far decidere della convenienza o meno del ricovero in uno Spedale, egli cercò di raccogliere i fatti nel campo il più vasto che gli fosse possibile ed all'infuori di ogni circostanza speciale, capace di ricevere influenza dell'età. — Ed in tal modo compilò un prospetto, che presenta alla Società, sopra 751 pellagrosi, avvertendo però che questo numero non è sufficiente per toglierne dei dati positivi e può lasciare in qualche dubbio. È però sperabile che un tal dubbio sia dileguato dal risultato della seconda inchiesta governativa, che si riferisce ai pellagrosi esistenti in Italia nel giugno 1881 e che ne chiede soltanto il numero, l'età il sesso e la professione.

Il Grilli dichiara che a parer suo questa seconda inchiesta sarebbe sotto ogni suo rapporto opportunissima. Soltanto dubita un poco che per quello che si riferisce all'età la non possa riescire esattissima giacchè gli si fa credere che alcuni Consigli sanitari provinciali, incaricati dello spoglio delle relative note, abbiano stimato sufficiente di tener conto dell'età classandole per gruppi di dieci anni. E qui si ferma per dimostrare gli inconvenienti di tale aggruppamento di anni, che riunisce insieme e confonde individui, i quali si trovano in condizioni fra loro disparatissime.

In ogni modo però ha fiducia che il risultato della inchiesta confermi, sia pure in modo approssimativo, il risultato delle sue ricerche; e che quindi potremo ricavare alcune importanti deduzioni.

Così per esempio relativamente alla questione della esistenza della pellagra nei neonati e nei lattanti dovremo sempre più propendere a ritenerla per dubbiosa.

E sarebbe pure confermata l'antica osservazione de' medici Mugellani, i quali ritenevano che la pellagra non si sviluppasse mai o quasi mai avanti la pubertà.

La virilità e la vecchiezza resulterebbero chiaramente essere i periodi della vita principalmente colpiti da questo flagello.

Ed oltre a queste deduzioni il Grilli aggiunge, come egli ritenga, che tenendo esatto conto dell'età in cui di preferenza si sviluppa la pellagra si possa aver qualche dato valevole a chiarirne la patogenia. Ricorda brevemente le diverse opinioni, che dominano intorno le cause che determinano la pellagra, fermandosi principalmente alle due più radicali e fra loro opposte; mettendo cioè da un lato coloro che credono esser questa malattia causata da un veleno speciale, che si sviluppa nel mais guasto, e dall'altro coloro i quali ritengono essere il granturco per l'uomo, specialmente in certe condizioni un alimento insufficiente e quindi la pellagra una malattia per inedia.

Se la causa della pellagra fosse un veleno noi dovremmo vedere preferibilmente attaccati i fanciulli, i ragazzi ed i giovani perchè è massima tossicologica indiscutibile che i veleni esercitano più presto e più terribilmente la loro azione nella prima età. Ed invece vediamo quasi affatto immuni i bambini e pochissimo colpiti i giovani tutti; per modo che molte delle provincie le più tempestate dalla pellagra hanno gioventù sana e robusta e figurano fra quelle che danno un maggior contingente alla leva. E non si creda che i fanciulli ed i giovani mangino un granturco differente da quello che mangiano i loro avi ed i loro genitori; in ciascuna famiglia la polenda è a comune e tutti ne mangiano fino a sazietà. Eppure questa stessa polenda fatta con la stessa farina di mais, ancorchè guasto, attacca gli adulti ed i vecchi e lascia quasi immuni i giovani. Un tal fatto sembra argomento assai valido per non potere accettare la teoria del veleno nella pellagra.

Passando poi a vedere se l'età preferita dalla pellagra corrisponda alla teoria della insufficienza alimentare

del mais, il Grilli ritiene che sì. Essendochè anche negli animali finchè son giovani e non durano fatica basta un cibo poco nutriente per mantenerli sani e farli sviluppare regolarmente; mentre questo stesso cibo non è più sufficiente quando l'animale fatica; su questo proposito cita l'autorità del Prof. Cuppari; ricorda ciò che si pratica nelle nostre Maremme ove ai poledri ed alle giumente da razza che non lavorano si dà soltanto erba e paglia ma che poi bisogna biadare se anche un poco si fanno lavorare. E conclude dicendo, anche all'uomo, finchè è giovane e fatica punto o poco, basta l'alimento che può trovarsi nella farina di mais; ma quando fatica e non è più tanto giovane il granturco come alimento esclusivo non è più sufficiente; e di qui la pella-gra.

Nessuno prendendo la parola sulla comunicazione fatta dal Dott. Bianchi il Presidente apre la discussione su quella del Dott. Grilli.

Il socio Dott. Marcacci dice di poter fornire al Dottor Grilli lo spoglio fatto l'anno scorso appunto dietro la circolare Ministeriale, dividendo i malati di dieci in dieci anni, nella provincia di Firenze. Sopra 471 pella-grosi l'età più colpita risulterebbe essere fra i 50 ed i 60 e fra i 60 ed i 70 anni. Quanto all'idee esposte dal Dottore Grilli sullo zeismo tossico dice che a lui rimane sempre oscura la questione anche giudicandone dal punto di vista della alimentazione insufficiente. Per spiegare la frequenza tanto minore della pellagra nei bambini, crede che si possa invocare il criterio che forse ai bambini si dà a mangiare qualche alimento più nutriente.

Il Dott. Grilli ringrazia il socio Dott. Marcacci per i risultati del suo spoglio, ma lamenta appunto questo aggruppamento per decine di anni. Quanto alla questione dell'alimentazione non conviene col Dott. Marcacci che i bambini mangino meglio; e poi insiste sul punto di rav-

vicinamento con gli animali che possono digerire e trovare un alimento sufficiente nella paglia quando non lavorano.

Il Dott. Marcacci replica che i pellagrosi sono relativamente sempre pochi sotto i 30 anni quando si lavora molto, mentre sono in gran numero dopo i 60 anni quando certamente le fatiche sono poche.

Sorge quindi una breve discussione fra il Dott. Grilli ed il socio Dott. Michelacci a proposito della potenza digestiva a seconda della varia età degli uomini e dei cavalli, non che del rapporto allo stato di libertà e di servitù di questi ultimi; ma il Presidente si crede autorizzato a troncare la discussione facendo osservare che andando di questo passo ci si allontana troppo dallo scopo che ha avuto il Dott. Grilli, che è quello di rivolgere l'attenzione dei medici sulla età dei pellagrosi. Nessun altro prendendo la parola la seduta pubblica è sciolta.

V. Il Presidente

Prof. P. BURRESI.

Il Segretario

Dott. C. PELLIZZARI.

QUARTA ADUNANZA PUBBLICA

DEL DI 2 LUGLIO 1882.

Alla Presidenza, il Prof. P. BURRESI, Presidente.

Sono presenti: il Vice-Presidente Dott. Brigidi, i soci Conservatori Professori Paganucci, Luciani, Dottori Zannetti Raffaello, Banti, Bianchi, Faralli, Simi, Ceccherelli, Boncinelli, Paggi, Fano, Celoni, Marcacci, Urbino, Grilli, Michelacci Michele ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo verbale dell'Adunanza pubblica del 2 aprile, si comunica alla Società una lettera del Prof. Rosati, con la quale ringrazia la Società di avere accettato il busto del Prof. Zannetti da lui offerto, ed un'altra del Dott. Paggi che ringrazia pure la Società per averlo eletto Socio Conservatore.

Il Segretario delle Corrispondenze enumera le pubblicazioni ricevute in dono.

Ha poi la parola il Socio Dott. Fano, il quale parla sopra una nuova funzione dei corpuscoli rossi nei mammiferi. Partendo dal fatto della rapida scomparsa del peptone iniettato nel sangue circolante, l'Autore ha cercato di stabilire anzitutto se la scomparsa di questa sostanza era dovuta alla sua uscita dai vasi o ad una modificazione che essa subiva nel sangue, modificazione che non la rendesse più riconoscibile con le solite reazioni.

Mentre le sostanze solide in massa e gli albuminoidi del siero normale superano quelli del plasma peptonizzato,

il residuo secco e gli albuminoidi del sangue peptonizzato sono maggiori di quelli lasciati dal sangue normale. Il peso del cruore (massa corpuscolare) è maggiore quindi dopo la peptonizzazione e questo aumento di peso è dovuto per la massima parte ad un aumento degli albuminoidi. E che non sia ad un aumento relativo del numero dei corpuscoli che è dovuto il fatto dell'aumento di peso del residuo del sangue peptonizzato è dimostrato dalla cromocitometria e dal residuo lasciato dal plasma, che ci rivelano una diluzione del sangue conseguente alla peptonizzazione.

Il cruore si può considerare come formato da tre elementi: i corpuscoli rossi, i corpuscoli bianchi e le piastrine. Non è alle piastrine che si deve questo aumento di peso, perchè anche in quegli animali nei quali il peptone non agisce impedendo la coagulazione del sangue, nei quali cioè le piastrine si disciolgono nel plasma subito dopo che il sangue sia uscito dai vasi, anche in questi animali si trova l'aumento di peso del cruore conseguente alla iniezione di peptone. Ed il Dott. Fano intossicando parzialmente degli animali con ossido di carbonio dimostrava che erano i corpuscoli rossi quelli che maggiormente contribuivano alla rapida scomparsa del peptone perchè in tali casi il peptone scompariva molto più lentamente.

Per mezzo di un artificio molto semplice il Dott. Fano poté anche direttamente determinare l'aumento di peso specifico dei corpuscoli rossi del sangue peptonizzato. In un lungo tubo riempito di una soluzione gommosa egli faceva arrivare dalla estremità inferiore di esso ed attraverso ad un tubicino capillare un piccolo getto di sangue, e cercava, aggiungendo acqua e soluzione gommosa a seconda del bisogno, di raggiungere una densità tale da ottenere che il sangue posto a contatto colla soluzione gommosa si mantenesse perfettamente immobile in qualunque strato del liquido esso fosse stato spinto. Egli poi

determinava coll'areometro la densità della soluzione così ottenuta.

E qui l'A. dimostra come gli errori prodotti dai processi di diffusione e dalla presenza del plasma possano essere evitati. Le esperienze fatte con questo nuovo metodo il Dott. Fano le controllava sempre con le determinazioni citometriche e quantitative. Egli ha potuto così dimostrare che il peso specifico dei corpuscoli rossi aumenta dopo la peptonizzazione, e nel periodo dell'assorbimento. — Nel caso della peptonizzazione si ha, che, ad onta della diluzione del plasma il peso specifico dei corpuscoli rossi aumenta, il che insieme agli altri fatti ci dimostra che non è già questo aumento l'espressione di semplici fenomeni di assorbimento e di diffusione, ma il risultato di un vero processo fisiologico di assimilazione pel quale il peptone iniettato viene trasformato in albuminoidi coagulabili ed immagazzinato dai corpuscoli rossi. Questo peptone, così trasformato in sostanza di riserva, viene poi reso al plasma man mano che in esso gli albuminoidi si distruggono, come ci vien dimostrato dal graduale diminuire del peso specifico dei corpuscoli rossi nelle ore successive alla peptonizzazione. Non solo il peptone artificialmente trasfuso ma anche quello che entra in circolo durante il periodo dell'assorbimento può essere assorbito dai corpuscoli rossi.

Questa proprietà dei corpuscoli rossi, il Dott. Fano l'ha trovata solo nei corpuscoli rossi dei mammiferi. Negli uccelli e nei rettili, egli non l'ha potuta dimostrare, benchè il peptone scomparisca nel sangue di tali animali tanto rapidamente quanto in quello dei mammiferi. Forse lo stato meno differenziato, meno adulto di questi corpuscoli ellittici e nucleati dà ragione, per l'A., della mancanza di quella proprietà che egli ha riconosciuta a corpuscoli rossi discoidi e senza nucleo.

Il socio Dott. Faralli, prendendo argomento dalle memorie lette in questo stesso recinto dai soci Celoni e Levier sul clima di Bormio, richiama l'attenzione della Società sulla questione della innocuità delle alte regioni per la tisi polmonare e sulla convenienza del soggiorno nelle montagne per la cura di questa malattia o per la sua profilassi. Nota le contraddizioni che si hanno ne' rapporti dei diversi medici; nega dopo esaminata la distribuzione geografica della malattia e la statistica della mortalità, che la tubercolosi prediliga i climi caldi e che il freddo sia ad essa più nocivo del caldo; esamina gli elementi meteorologici del clima e segnatamente la temperatura e la pressione, per mostrare come nè l'uno, nè l'altro di questi due elementi valgono a renderci ragione della supposta innocuità delle alte regioni; e conclude, ricordati alcuni fatti di geografia e di etnografia patologica, che l'innocuità, del resto non generale, nè egualmente distribuita nelle varie regioni della terra, debba piuttosto attribuirsi all'influenza *etnica* che all'influenza del *clima*, il quale non può entrarci che indirettamente, come *fattore etnografico*.

Termina invitando i colleghi a prendere in considerazione questo importante argomento, onde venga prima esattamente stabilito il fatto della innocuità di alcuni climi per la tubercolosi, interpretato poi col soccorso delle cognizioni scientifiche, e applicato infine razionalmente alla cura di una tale malattia.

Il socio Prof. Luciani presenta alla Società un cane da oltre due mesi operato della estirpazione presumibilmente completa del cervelletto, e che potè mantenersi in vita e superare tutti gli effetti del gravissimo traumatismo. L'importanza del caso sta nel fatto che, fino ad ora, la mancanza degli effetti consecutivi alla mutilazione del cervelletto è stata desunta quasi esclusivamente dalle operazioni fatte

sui colombi. Lo stesso Flourens non riesci a mantenere in vita i cani mutilati dell' intiero cervelletto che per due o tre giorni, quando cioè erano pienamente persistenti gli effetti dipendenti dal puro traumatismo.

Senza preoccuparsi delle diverse ipotesi emesse intorno alle funzioni del cervelletto, il Luciani si limita a descrivere i fenomeni che presenta il suo cane. Egli mostra come esso non offra alcun sintomo che riveli una lesione qualunque della sfera dell' intelligenza: provvede a tutti i suoi bisogni, esprime tutti i suoi sentimenti, mostra anzi un affettività che si direbbe esaltata piuttosto che depressa; infine ha perfetta ideazione o rappresentazione dei movimenti che deve compiere per raggiungere determinati effetti.

Il cane offre normalità perfetta dei diversi sensi in generale, e del senso muscolare in ispecie: vede, ode, gusta, avverte il dolore e i contatti, ha coscienza della posizione delle proprie membra, e reagisce a qualsiasi atteggiamento incongruo che alle medesime si imprima.

I disordini che presenta l' animale sono esclusivamente pertinenti alla sfera dei movimenti volontari. Quando l' animale dorme o dimora solitario nella sua stanzuccia, esso posa sdraiato sulla paglia perfettamente tranquillo ed immobile come un cane normale. Ma appena gli si presenti qualcuno e lo inviti ad avanzarsi, esso comincia a muoversi con rapide contrazioni cloniche dei diversi muscoli, si rizza sulla estremità e cammina in una forma bizzarra caratteristica, difficilissima a descrivere minutamente. Camminando, ciò che specialmente colpisce, è un' abnorme divaricazione o abduzione in cui pone le quattro estremità; il compiersi di ciascun passo mercè una serie di movimenti discontinui, di scosse rapide e talora assai vibrato; infine il frequente cadere dell' animale ora da un lato ora dall' altro, battendo del capo nel suolo o nei mobili. Bene osservando si rileva che codeste cadute non sono l' effetto

di impostatura incongrua degli arti, ma piuttosto degli improvvisi rilasciamenti muscolari che s'intercalano ai movimenti della deambulazione.

Volendo definire questa maniera di alterazione dei movimenti che l'animale presenta, non si può dire che si tratti di *vera incoordinazione* dei medesimi, intesa nel senso di mancanza di associazione e successione degli atti muscolari che normalmente si compiono nella deambulazione. Ciò meglio si rivela dal fatto che l'animale riesce a nuotare perfettamente, senza mai deviare, senza perder mai l'equilibrio, tenendo sempre elevata la testa dall'acqua. Se i movimenti fossero veramente incoordinati, l'animale avrebbe continue vertigini, le quali dovrebbero essere assai più sensibili nel nuoto che nel cammino. I colombi ai quali il Flourens aveva asportato tutto il cervelletto, avevano intieramente perduta la facoltà di tenersi in piedi, di volare, di saltare, di camminare. Da questi effetti in gran parte riferibili all'atto operatorio, egli trasse il concetto che il cervelletto sia *l'organo della coordinazione dei movimenti volontari*.

I movimenti nella deambulazione che presenta il cane senza cervelletto, non possono dirsi incoordinati, perchè si associano e si alternano abbastanza regolarmente. Essi piuttosto mancano della *tonicità o fusione fisiologica*, non che della *misura giusta o normale*. Ciascun movimento oltre all'essere abnormemente vibrato e spesso eccessivo allo scopo, si compie a tratti rapidamente succedentisi, da ricordare i movimenti clonici delle forme più spiccate di *corea*. Lo stesso divaricamento abnorme degli arti che si osserva quando il cane cammina, più che da difetto di associazione muscolare, sembra compiersi intenzionalmente dall'animale, per posare su più larga base, e impedire le frequenti cadute dipendenti dalle improvvise interruzioni del lavoro muscolare.

« Da tutto ciò, conclude il Prof. Luciani, sorge un modo

« alquanto nuovo di considerare l'importanza fisiologica del
« cervelletto, che io vi esporrò, quando nuovi fatti speri-
« mentali (che mi propongo di raccogliere nel prossimo anno
« accademico insieme al mio egregio aiuto Dottor Fano)
« avranno dato al medesimo un vero fondamento scientifico.

Nessuno prendendo la parola sulle comunicazioni fatte dal Dott. Fano e dal Dott. Faralli, il Presidente apre la discussione su quella del Prof. Luciani.

Il socio Dott. Grilli dice che a lui resta qualche dubbio circa al non ammettere nel cane l'esistenza di movimenti incoordinati e gli pare che non vi sieno prove sufficienti per dichiarare che sia tutto effetto di stanchezza, ma si riserva di rivedere con più calma e più a lungo l'animale.

Il Prof. Luciani sostiene che non vi è vero incoordinamento perchè l'animale, come ha fatto osservare, nuota bene: avverte però che egli non ha inteso dire che tutto fosse effetto di stanchezza.

Il Dott. Grilli non crede che il nuoto sia una prova sufficiente, perchè si può riescire a muoversi nell'acqua anche con movimenti disordinati; mentre per camminare, l'animale, deve mantenere prima di tutto il centro di gravità e fare movimenti in proporzioni volute e che si succedano con ordine.

Il Prof. Luciani dice che se l'animale si tenesse soltanto a galla questo sarebbe poco: invece egli nuota dritto alla sua meta.

Il Dott. Fano fa osservare che i movimenti possono dirsi irregolari, ma sono coordinati perchè adattati ad uno scopo.

Il Dott. Banti dice che a lui è sembrato che quando l'animale fa un movimento, oltre il gruppo de' muscoli necessari a produrlo si mettono in contrazioni anche altri.

muscoli: ora per lui i difetti di forza e di direzione dei movimenti costituiscono incoordinamento. D'altra parte a lui sembra che nel cane esistano quei fenomeni che clinicamente si osservano nelle malattie del cervelletto ed in particolar modo del verme.

Il Prof. Luciani dice che la osservazione del Dottor Banti sarebbe importante se veramente vi fosse contrazione dei gruppi di muscoli non necessari ad un dato movimento: ma egli da molto tempo ha in esame l'animale e mai ha potuto chiaramente riscontrare un tal fatto, che includerebbe il concetto dell'incoordinazione.

Il Dott. Banti per provare il suo asserto ricorda che quando il cane vuol togliersi la pinzetta a pressione posta sull'orecchio, cerca con la zampa o al davanti o al di dietro.

Il Prof. Luciani fa osservare che l'animale stenta, ma poi raggiunge l'intento: quindi l'azione è diretta allo scopo ma solo deficiente o eccessiva, il che non costituisce secondo il suo modo di vedere l'incoordinamento.

A questo punto il Presidente crede bene di dovere intervenire, onde non prolungare di soverchio una discussione, che ha per base una differenza di modo d'interpretare la parola incoordinamento: visto che il Prof. Luciani tiene ad applicarla solo nel senso stretto di Flourens e gli altri in un senso più lato.

La seduta pubblica è sciolta ed i soci si riuniscono in seduta privata.

V. Il Presidente
Dott. P. BURRESI.

Il Segretario
Dott. C. PELLIZZARI.

A T T I
DELLA
SOCIETÀ MEDICO-FISICA
F I O R E N T I N A

COMPILATI DAL VICE SEGRETARIO

Dott. **A U R E L I O B I A N C H I**

Anno Accademico 1882-83

FIRENZE
TIPOGRAFIA CENNINIANA
—
1884

ATTI ACCADEMICI
DELLA
SOCIETÀ MEDICO-FISICA
FIorentina.

ANNO ACCADEMICO 1882-83

<i>Presidente,</i>	Prof. PIETRO BURRESI
<i>Vice-Presidente,</i>	Prof. LUIGI LUCIANI
<i>Segretario degli Atti,</i>	Dott. MICHELE MICHELACCI
<i>Vice Segretario,</i>	Dott. AURELIO BIANCHI
<i>Segretario delle Corrispondenze,</i>	Dott. RAFFAELLO ZANNETTI.

MEDICO FISICA-FIORENTINA

PUBBLICA DEL 12 NOVEMBRE 1882.

(ordinaria dell'anno Accademico 1882-83).

Preside del Prof. LUCIANI, *Vice Presidente*.

Ordine del giorno:

1. *Intorno alla grandissima utilità che si può
asazione termica nella terapia delle malattie del*

Primo caso di estirpazione di utero canceroso ese-

conservatori: Dott. Bargioni, Dott. Bertini, Dott. Bian-
f. Ceccherelli, Dott. Faralli, Dott. Giuntoli, Dott. Mar-
ott. A. Paggi, Prof. Paoli, Dott. Pereyra, Prof. Simi,
bino.

La è aperta alle ore 12 e mezzo pom.

Le ragioni per le quali in questa prima adunanza
1883, non si dà lettura del processo verbale dell'adu-
esta in via di urgenza stata approvata subito dopo
degli atti della Società.

rea Simi legge *intorno alla grande utilità che si
attuale nelle malattie del globo oculare.*

unziare alla Società che non avendo in pronto un
rtanza, racconta un caso di malattia oculare, che fu

da esso curata col canterio, caso che può servire a conforto nel pubblico da un lato e il timore che si ha in mezzo tanto potente di cura su di un organo delicato.

Il Prof. Simi non vuol mettere in questione, se il rite le ulcere della cornea e le ulcere serpiginose da esso è chiaro che quella è la medicatura più razionale altrui che esagerato è il timore, che si ha della sua pericolo della reazione. — La sua storia si riferisce a gravida, verso il nono mese.

In questa donna cauterizzò una prima volta senza nonchè dopo alcuni giorni, la cicatrice in via di formazione distrutta da nuova infezione, da cheratite ipopion, che potesse essere dovuta a microbi. Tornò di nuovo a cauterizzare e dopo alcuni giorni ebbe definitiva guarigione.

La cauterizzazione fu dal Prof. Simi eseguita con scrivere di acciaio, scaldato al calor bianco su di un

Le sue conclusioni furono:

1^a che la medicatura sua non dovette essere né veramente dolorosa, poichè poté praticarla in una donna mese di gestazione;

2^a che l'istrumento che esso adoprerà è tale che tutti possono usarlo;

3^a che se ha potuto cauterizzare largamente reazione dannosa, questa operazione non è a temersi.

Il Dott. Adolfo Paggi prende la parola per narrazione di utero canceroso; operazione per la prima volta di Firenze, dal Paggi medesimo. L'estirpazione dell'utero, e la malata visse ancora due giorni.

Il Dott. Paggi in brevi parole fa una dettagliata relazione, nel quale introdusse alcune utili modificazioni, e l'idea di praticare la divisione dell'utero lungo l'asse delle viscere è già venuto fuori dalla vulva, e prima di finire Termina col dire quali furono le cause della morte del grado l'esito infausto, esso tornerebbe a ripetere l'operazione in un caso adattato.

È quindi aperta la discussione sulla comunicazione. Dott. Pereyra domanda la parola per sapere, se prima Prof. Simi, aveva praticato il taglio alla Saesneh o la cheratite, perchè gli sembra che questi mezzi debbano essere usati, quando la cheratite ipopion è complicata da

Il Prof. Simi risponde appoggiandosi alla opinione in taluni casi di cheratite ipopion, farebbe il taglio, sia più facile adoperare un piccolo ago candente che

Il Dott. Pereyra sostiene che la cauterizzazione è cosa tanto facile.

Il Prof. **Simi** non concorda in questa difficoltà.

Il Prof. **Paoli** a tal punto della discussione dice che la questione portata in campo dal Prof. **Simi** è molto complicata e desidera si analizzi.

In primo luogo domanda se sono sempre i microbi che danno luogo alla cheratite ipopion? Quindi dice che è sempre indecisa la questione sul modo di formazione dell'ipopion, e finalmente domanda come sarà possibile con la cauterizzazione distruggere questi microbi, sia pure che si sieno fatti strada per l'ulcera.

Termina il Prof. **Paoli** col dire che mentre talora la cheratite ipopion guarisce con mezzi di cura semplicissimi, talora si mostra ribelle anco ai più energici, e che per ciò mentre si congratula col Prof. **Simi** che ebbe il coraggio di adoprare il cauterio, in genere tanto temuto, sugli occhi, il suo caso non è sufficiente a dimostrarne la grande utilità.

Il Prof. **Luciani** chiede la parola per dire che fino ad oggi non è dimostrato che la cheratite suppurativa con ipopion sia dovuta sempre a microbi, ma che quando ciò fosse non crede che la semplice cauterizzazione dell'ulcera li distruggerebbe, poichè i microbi stessi migrando per i canalicoli plasmatici sfuggirebbero all'azione del cauterio. Se poi i microbi sono solo nell'ulcera, qualunque mezzo di distruzione vale.

Il Prof. **Simi** replica che troppo lungo e difficile sarebbe oggi il voler provare se la malattia dipende da microbi, fatto è che i microbi sono stati trovati. Ma a parte le teorie, al Prof. **Simi** è piaciuto provare che il cauterio è utile nelle malattie dell'occhio, è di facile applicazione e si deve usarlo con franchezza togliendo così alle masse il pregiudizio che esso non può che aciecare.

È aperta la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. **Paggi**.

Il Dott. **Ceccherelli** ricorda il metodo misto del Prof. **Corradi** e dice che con esso è facilitato il capitolombolo dell'utero e che per ciò era forse da preferirsi.

Il Dott. **Paggi** risponde che il metodo misto del Prof. **Corradi** ha lo scopo di far meglio apprezzare speciali condizioni morbose dell'utero che nel suo caso non si verificarono e che se ha proposto di segare il corpo uterino ha inteso che tale atto si eseguisse quando l'utero è fuoriuscito dalla vulva. Aggiunge che il metodo misto porta una ferita nelle pareti addominali che crede molto più utile l'evitare.

Siccome poi il Dott. **Ceccherelli** ha anco citato il **Bottini**, il Dott. **Paggi** si limita solo a far notare che il metodo dal **Bottini** usato, deve facilmente esporre ad asportar parte della vescica, come sappiamo essere avvenuto in uno almeno dei casi operati da esso. Termina col dire che se l'utero non è troppo grosso e discretamente mobile, il metodo vaginale è preferibile ad ogni altro.

Nessuno chiedendo la parola, l'adunanza pubblica è sciolta.

V° il Presidente

Prof. **PIETRO BUBRESI.**

Il Segretario

Dott. **M. MICHELACCI.**

ADUNANZA PUBBLICA DEL 3 DICEMBRE 1882.

(Seconda ordinaria dell'anno Accademico 1882-83).

Presidenza del Prof. P. BUBBESI, *Presidente*.

Ordine del giorno:

- 1° TARGIONI Prof. ADOLFO. *Sui centri nervosi d'insetti e sui parassiti, in specie sulle gregarine.*
- 2° LEVIER Dott. EMILIO. *Sulla Crepis lacera.*
- 3° GIUNTOLI Dott. LUIGI. *Parallelo sommario fra la nuova acqua potabile e le acque dei pozzi di Firenze.*

Sono presenti i Soci Conservatori: Dott. Banti, Dott. Bertini, Dott. Bianchi, Dott. Boncinelli, Dott. Brigidi, Dott. Celoni, Prof. Del Greco, Dott. Farralli, Dott. Giuntoli, Dott. Grilli, Dott. Levier, Prof. Luciani, Dott. Marcacci, Dott. Michele Michelacci, Prof. Paganucci, Dott. Paggi Adolfo, Prof. Paoli, Dott. Pellizzari Celso, Dott. Pereyra, Prof. Simi, Prof. Targioni, Dott. Tommasi, Dott. Urbino, Dott. Zannetti.

L'Adunanza è aperta alle ore una pom.

Letto ed approvato il processo verbale della seduta precedente, ha la parola il Prof. Targioni sui *centri nervosi di insetti e sui parassiti, in specie sulle gregarine*. Dopo cortesi parole per la nostra Società, l'oratore, dice che per spiegare la istantanea scomparsa delle cavallette in una data regione, che esse hanno invasa, si venne a pensare allo intervento di parassiti e che l'investigazione della cavità intestinale sia del *Caloptenus italicus*, che del *Pachytylus danicus*, del *Deiticus albifrons*, del *Gryllo-morphus dalmatinus*, e del *Gryllo-talpa vulgaris*, mostrò la verità della ipotesi.

Difatti la *Gryllotalpa* avea nel crasso e nel retto molti corpi, simili a psorospermi grandissimi ed un infusorio ciliato globulare. Le altre specie contenevano gregarine del tipo delle clepsidrine, ma nel *Caloptenus italicus* una forma speciale distinta dalla *Clepsidrina polymorpha*. Nel *Deiticus albifrons* poi una forma simile alla *Clepsidrina polymorpha*, costituita da masse sferoidali, con aspetto cistico, contenenti varii corpuscoli a nucleo e membrana distinta.

Parlò poi il Prof. Targioni degli stati iniziali di questa forma, del suo accrescimento e notò che nessuna forma ameboide fu da esso osservata.

Passando poi a parlare di una serie di studii compiuti sulla struttura dei centri nervosi degli insetti, constatò che essi sono eguali a quelli compiuti dal Dietl in proposito. Però circa ad alcune differenze nei risultati e nella loro interpretazione, il Prof. Targioni si propone di continuare gli studii adatti e di riferire su di essi.

Il Dott. **Levier** prende la parola trattando della *Crepis lacera* e mostrandone molteplici e ben conservati esemplari. Ne fa il confronto con altre piante ad essa somiglienti e ne segna la distribuzione geografica in Italia. Questa pianta gode di proprietà venefiche e si distingue difficilmente da altre cicoriacee, dal *Taraxacum Apenninum*, dal *Taraxacum laevigatum*, e dalla *Crepis columnae*: però la *Crepis lacera* offre cigli e setole marginali nelle foglie a differenza delle altre specie sopra notate. Il **Levier** racconta che nel 1874 col Sig. **Enrico Groves** raccolse molta *Crepis lacera*, della quale il Sig. **Groves** fece l'estratto acquoso, alcoolico ed etero, con i quali il Prof. **Schiff** fece sperimenti per iniezione ipodermica su rane e su cani, senza averne fenomeni venefici. Il **Levier** crede però, che forse l'epoca in cui fu raccolta la pianta, e il modo di amministrarne gli estratti a quegli animali fossero causa di errore e pensa che forse il veleno della *crepis lacera* abbia azione solo per parassiti, che essa accolga. Perciò il Dott. **Levier** si rivolge alla nostra Società perchè voglia acquistare della *crepis lacera* e sperimentarne le proprietà tossiche e terapeutiche.

Prese infine la parola il Dott. **Giuntoli** leggendo un suo *parallelo sommario fra la nuova acqua potabile e le acque dei pozzi di Firenze*. Egli prendendo argomento dalla lettera scritta nel 1880 alla nostra società circa le acque di due pozzi appartenenti a case ove infieriva il tifo, e dalla risposta ad essa del Prof. **Capezzuoli**, si propone due quesiti principali, cioè:

1° Vedere se è da rigettarsi la idea che le acque cosiddette potabili e principalmente quelle dei pozzi possano ingenerare la febbre tifoidea.

2° Se è permesso di dichiarare eccellente la nuova acqua potabile senza l'aiuto di una analisi chimica ufficiale.

Per il primo quesito il Dott. **Giuntoli** crede che, senza ricercare se è dovuto ad un microbo o ad altro, le acque possano trasmettere il tifo e nota come il Prof. **Capezzuoli** di ciò non convenga nella sua memoria, e creda che i germi morbiferi siano sparsi prima nell'aria. A ciò il Dott. **Giuntoli** oppone che se con un atto respiratorio di questi germi se ne inghiotte alcuni, con una bevuta di acqua infetta se ne inghiottino dei miliardi. Egli poi aggiunge che dal momento nel quale fu vuotato il pozzo nella casa suddetta, in essa più non comparve il tifo, e narra altri fatti a conferma della sua opinione.

Pel secondo quesito poi il Dott. **Giuntoli** risponde che la nuova acqua potabile è eccellente: 1° geologicamente, venendo da terreno arenario e ghiaioso; 2° fisicamente, per la temperatura sua omogenea, e per la sua limpidezza; 3° fisiologicamente, pel nessun sapore e per la facile digestione di essa; 4° micrograficamente perchè dopo lunghe prove si sono trovati in quella soltanto dei cyclops; 5° infine chimicamente, perchè spumeggia bene col sapone e cuoce ottimamente i legumi.

Il Dott. **Giuntoli** fa quindi un confronto fra la nuova acqua potabile e quelle dei pozzi di Firenze, constata come queste ultime siano soggette a variare di composizione col decorrere del tempo, e siano sottoposte a facile corruzione, e crede con fondamento che l'acqua potabile sia la migliore, come mostrerà, secondo il Dott. **Giuntoli**, la futura analisi.

Chiede infine che la società discuta i due quesiti seguenti:

1° È ella trasmissibile per mezzo delle acque, in certe date circostanza, la febbre tifoidea?

2° Se sì; coteste acque debbono contenere materie organiche in decomposizione?

Propone poi che la società stessa nomini una commissione per lo studio della nuova acqua potabile.

Dopo che i soci hanno osservato i preparati di gregarine del Prof. Targioni, il Presidente apre la discussione sulla memoria del Prof. Targioni medesimo.

Il Dott. Celso **Pellizzari** rammentando come il Böllinger abbia ritenuto che i così detti corpi molluscoidi del mollusco contagioso non siano altro che gregarine, domanda al Prof. Targioni se crede possibile che esse entrino dal di fuori sotto la pelle.

Risponde il Prof. **Targioni** osservando che per lo più si trovano nei visceri comunicanti con l'aria e non sa, se siano possibili in altri. Però siccome fra le gregarine si trovano gli psorospermi, esseri di natura ignota, crede che siano facili ad aversi forme simili ad esse.

Il Dott. **Pellizzari** dice che se ha rivolto al Prof. Targioni quella domanda si è perchè ha trovato di fatti una gran somiglianza fra le gregarine presentate e i corpi molluscoidi. Ora vorrebbe sapere se l'egregio Professore crede impossibile che le gregarine penetrino entro lo strato Malpighiano.

Il Prof. **Targioni** è indeciso su ciò e invita il Dott. **Pellizzari** al suo laboratorio a fare osservazioni in proposito.

Aperta la discussione sulla memoria del Dott. **Levier**, il Dott. **Zannetti** annuendo alla idea di esso rispetto alle esperienze con la *Crepis lacera*, chiede si nomini una commissione in proposito. Accettata la proposta alla unanimità, si deferisce al Presidente la nomina della commissione, che è composta del Dott. **Levier**, del Prof. **Luciani** e del Dott. **Zannetti**.

Dopo i ringraziamenti resi dal Dott. **Levier**, il Prof. **Luciani** osserva che le esperienze negative dello Schiff su questa sostanza possono spiegarsi, col pensare che alcune sostanze venefiche per l'uomo, sono innocue o quasi per gli animali. Il Prof. **Targioni** infine aggiunge che insieme alle esperienze con la *crepis lacera* si potrebbero fare anche quelle con la *Lactuca virosa*.

Appena aperta la discussione sulla memoria **Giuntoli**, il Dott. **Paggi** fa osservare che il criterio fisiologico fondato sul bere che fanno gli animali l'acqua è dubbio, perchè quando hanno sete bevono sempre, che prima dell'introduzione dell'acqua potabile in Firenze il tifo non era mai stato intenso, e che nel pozzo della casa summentovata dal Dott. **Giuntoli** ha sentito dire essersi trovato un animale morto.

Il Dott. **Tommasi** osserva essere rimasto scontento che il Dott. **Giuntoli** non abbia recato argomenti sperimentali e che crede aver ragione il Prof. **Capezzuoli**, allorchè dice che le analisi delle acque dei pozzi si conoscono, ma non quelle dell'acqua potabile.

Il Dott. **Faralli** a causa della tarda ora, propone il rinvio della discussione dei quesiti e fa osservare che la richiesta alla società di fare una analisi

dell'acqua potabile è seria, poichè richiede assai spesa e propone che la società si limiti a fare premura al municipio onde l'analisi stessa sia compiuta con sollecitudine.

Il Dott. **Giuntoli** risponde al Dott. Paggi che ignora l'esistenza nell'acqua di quel pozzo di un animale morto, ma che esclude questa idea il sapere che da lunghi anni in quella casa era il tifo; fa osservare al Dott. Tommasi che le analisi del Prof. Capezzuoli in favore delle acque dei pozzi non sono pubblicate, e quelle del Taddei sono sfavorevoli e dice al Faralli che vorrebbe fosse la società che facesse l'analisi, e che è inutile rivolgersi al municipio, poichè esso ha già stanziato in bilancio una somma in proposito.

Il Dott. **Grilli**, non rammenta se ciò è realmente, ma osserva che sollecitare il municipio a far ciò sarà bene.

Il Dott. **Pellizzari** fa intendere quanto dispendio di tempo e di denari richiede una analisi e come quindi sia poco possibile per la nostra società l'eseguirlo a proprie spese.

Il Dott. **Giuntoli**, temendo le lungaggini della burocrazia municipale, insiste perchè la società prenda sopra di sè la responsabilità dell'analisi.

Il Dott. **Zannetti** replica che la questione è complessa, che richiede schiarimenti e tempo, osserva che prima vi sono i due quesiti da discutere e poi la questione se si debba o no fare dalla società l'analisi dell'acqua potabile.

Il **Presidente** chiede, se si debba appoggiare la proposta Faralli.

Il Dott. **Grilli** avanti di dare il proprio voto vuol sapere quanto sia la cassa sociale e quanto costa una analisi.

Il Prof. **Targioni** risponde che una analisi di acqua è difficile, lunga e costosa, che il municipio, il quale vende l'acqua potabile, ha il dovere di farne fare l'analisi e che egli appoggia la proposta Faralli.

Il Dott. **Giuntoli** osserva avere proposti due quesiti, a cui chiede risposta.

Il **Presidente** propone di porli all'ordine del giorno per un'altra adunanza ed il Dott. **Giuntoli** annuisce alla proposta.

Il **Presidente** dopo gli schiarimenti del Prof. **Targioni**, appoggia l'emendamento Faralli.

Passato ai voti, la maggioranza approva.

Avanti di dichiarare levata la seduta, il **Presidente** prega i soci trattenersi in adunanza particolare e propone la nomina del Prof. Chiara a socio Conservatore ed il passaggio del Prof. R. M. Levi da socio Corrispondente a Conservatore.

La proposta è accolta per acclamazione.

L'adunanza è sciolta alle ore tre e mezzo pomeridiane.

V° il Vice Presidente

Prof. L. LUCIANI

Il Segretario

Dott. M. MICHELACCI

ADUNANZA PUBBLICA DEL 4 FEBBRAIO 1883.

(Terza ordinaria dell'anno Accademico 1882-83).

Presidenza del Prof. L. LUCIANI, Vice Presidente.

Ordine del giorno :

- 1° BUBRESI Prof. Comm. PIETRO. *Sul diabete.*
- 2° DEL GRECO Prof. GIOVANNI. *Presentazione di quattro operati.*
- 3° *Seguito della discussione iniziata dal Dott. GIUNTOLI: Della relazione fra le acque potabili e la febbre tifoidea.*

Sono presenti i Soci Conservatori: Prof. Banti, Dott. Bertini, Dott. Bianchi, Dott. Boncinelli, Prof. Burresi, Prof. Ceccherelli, Dott. Celoni, Prof. Del Greco, Dott. Faralli, Dott. Giuntoli, Dott. Grassi, Dott. Grilli, Dott. Levier, Dott. Nesti, Dott. Adolfo Paggi, Dott. Celso Pellizzari, Dott. Pereyra, Dott. Urbino, e Dott. Zannetti.

L'Adunanza è aperta alle ore 12 e mezzo pom.

Il Dott. **Bianchi** Vice Segretario degli Atti comunica che a causa della perdita del benemerito Segretario Dott. M. MICHELACCI, assume fino alle nuove elezioni tale ufficio.

Letto ed approvato il processo verbale della Seduta passata, dopo notificata la comunicazione del Sindaco che dice essere iscritta in Bilancio una somma per la analisi dell'acqua potabile, il Dott. **Giuntoli** fa osservare alla Accademia essere ciò conforme alle sue dichiarazioni precedenti.

Ha la parola il Prof. **Burresi**, il quale, prendendo principio dalla opinione del Primavera intorno alla sicura guaribilità *del diabete* fa osservare che non crede affatto a questa affermazione, che è pure quella del Prof. Cantani, poichè mentre con la dieta animale egli ha ottenuto la guarigione temporanea ed apparente nel diabete mite, non ha trovato ciò, in modo reale mai, come lo stesso verificò il Seegen in ben 400 casi.

Il Prof. **Burresi** narra quindi le storie di 5 diabetici.

Nel 1° la cura fu cominciata a malattia di 5 anni; con la dieta di brodo solo e poi di carne in 16 giorni cessò la glucosuria, che si riprodusse con l'ingestione di 50 grammi di pane e si mantenne anche col ritorno alla dieta carnea, senza avere effetti buoni dall'uso del rame e dell'acido lattico, ed anzi aumentando la glucosuria con l'aumento della bevanda acquosa.

Nel 2° caso una diabetica in cui la malattia datava da 3 mesi, con dieta carnea arrivò a tollerare 60 grammi di pane al giorno ed anche di più, finchè tornò la glucosuria. Qui fu adoprato per cura l'acido lattico.

Nel 3° malato si aveva diabete da 4 anni, ma cessò la glucosuria con dieta di solo brodo e di carne. Tornò con 20 gram. di pane, scomparve con 15 gram. di questo e potè esser recata a 100 gram. al dì senza vederla tornare; per 6 mesi l'apparente guarigione rimase anche con 300 gram. di pane,

ma solo una ventina di marroni la fe' tornare, per cessar di nuovo con la dieta di brodo solo, riproducendosi dopò ingestione abbondante di carne di majale.

Il 4° fu curato nove mesi dopo il principio del diabete: la dieta carnea ridusse il glucosio a sole tracce: la bevanda acquosa abbondante fe' cessare la glucosuria da prima, poi crescere nuovamente: l'iodoformio per 25 giorni a un grammo al dì fu inutile.

La 5ª fu curata un anno dopo l'inizio della malattia; la glucosuria non cessò con la dieta carnea, ma con quella di solo brodo: e da prima anche con la bevanda acquosa abbondante; per poi tornare a crescere con poco pane e anche dopo sospesa l'amministrazione di questo.

Conclude l'A. per l'inefficacia dell'acido lattico, del rame, e dell'iodoformio, per la incurabilità di questi casi, anche con dieta regolare e composta di sola carne o di poco pane.

Parlando poi della teoria del diabete, l'oratore crede che la glucosuria nelle due forme di diabete derivi in gran parte dagli alimenti, ma non che ciò sia sempre la origine di essa. Si sa che il moto, la fatica, ossia l'acceleramento del circolo, facilitano la eliminazione dello zucchero pel rene e ciò anche accade con l'uso della abbondante bevanda acquosa, che accelera gli atti di denutrizione e di consumo dei tessuti.

Conclude il Prof. **Burresi** col credere che vi sia il diabete mite o degli amilivori, in cui la glucosuria dipende solo dal cibo, e quello grave o dei carnivori, nel quale la glucosuria dipende solo in parte dal cibo; che il primo in certi luoghi sia suscettibile di temporaria guarigione, ed il secondo sia insanabile affatto.

Finisce col presentare un prospetto, dal quale resultano i rapporti inversi fra la glucosuria e la azoturia, e che l'aumento della azoturia si è mantenuto durante la dieta di solo brodo, anche quando cessava la glucosuria, e di più che ambedue queste escrezioni aumentavano con l'uso della bevanda acqua copiosa.

Il Prof. **Del Greco** presenta quindi i seguenti operati:

1° Una ragazza, già malata da 16 mesi per carie delle ossa del piede nella linea articolare del Lisfranc. Ad essa furono fatti due tagli laterali e poi dopo troncato il 5° metatarso presso le sue articolazioni, ne fu svuotata la testa, furono disarticolati il 4° e 3° metatarso, ed il cuboide; il 2°, e 3° cuneiforme furono svuotati. Nel 1° metatarso fu passato un tubo. La guarigione è stata completa.

2° Una giovinetta di 16 anni con carie del tarso, ebbe disarticolato il 3° cuneiforme, senza miglioramento stabile. Nel settembre 1882 il Del Greco dopo fatta una incisione laterale esterna, a lembo, al piede ammalato le svuotò il cuboide, il 2° cuneiforme, e, parzialmente il calcagno e l'astragolo. Questa inferma oggi comincia a camminare e dalle aperture esce pochissimo pus.

3° Un giovine di 31 anno malato di ernia scrotale, a sinistra, con degenerazione dell'omento, soffriva per essa di coliche, di nausea ec. L'ernia era irriducibile, onde il Del Greco squarciò il sacco, e dopo remosse le aderenze non fu possibile traversare il colletto del sacco. Allora alla laparotomia

preferì la escisione dell'epiploon, ma non ostante il peduncolo rimasto non volle traversare il colletto, sibbene vi si inchiodò. Il Del Greco allora ricacciò il colletto così chiuso attraverso l'anello inguinale e ve lo tenne con fasciatura. La guarigione dopo varii accidenti è ora completa.

Aperta la discussione sulla memoria presentata dal Prof. **Burresi**, egli fa osservare che un individuo, presente alla seduta, è un diabetico da 20 anni, il quale con la dieta animale non ha glucosuria che gli viene ingerendo soli 10 grammi di pane.

Il Dott. **Tommasi** chiede, se il Prof. **Burresi** ha adoperato nel diabete il bromuro di potassio.

Il Prof. **Burresi** dichiara non averlo usato, sibbene avere sperimentato la glicerina, l'arsenico, l'acido lattico ed una sola volta l'iodoformio.

Il Dott. **Pereyra** domanda se vi sono state lesioni oftalmoscopiche speciali nei diabetici della clinica.

Il Prof. **Burresi** risponde che cateratte diabetiche ne ha vedute, ma che altre lesioni non si ricorda averne constatate.

Si passa a discutere sui malati presentati dal Dott. Del Greco, e nessuno domanda la parola.

Si esaminano dai soci i felici risultati ottenuti con le suddette operazioni e si apre quindi la discussione sulla memoria del Dott. **Giuntoli** presentata nella seduta decorsa.

Il Dott. **Tommasi** chiede che sia messa all'ordine del giorno per una Seduta speciale o che si discuta per la prima in altra seduta ordinaria.

Il Dott. **Giuntoli** osserva che la discussione è interessante e non vuol che sia futile. Crede che dal momento nel quale la società rifiuta di fare l'analisi a proprie spese, sia inutile discutere sull'origine della febbre tifoidea delle acque.

Egli infine formula una controproposta. *Nomina di una commissione per studii da farsi sulla sola acqua potabile e riferirne all'Accademia.* Soggiunge che le spese per le analisi fecero paura e perciò si scrisse al Comune.

Il Dott. **Giuntoli** non crede che la spesa sia molta e se ne appella al **Tommasi** che ha veduto fare al Prof. **Capezzuoli** centinaia di analisi di acque.

Dopo breve discussione circa il costo di una analisi, il Dott. **Zanetti** osserva che la Società ha troncato la questione facendo premura al Municipio per una analisi e crede che ora non possa più accettarsi la controproposta **Giuntoli**.

Dietro questa osservazione il Dott. **Giuntoli** ritira la controproposta.

Il Dott. **Celoni** chiede la parola per dire che l'argomento portato dal Dott. **Giuntoli** è importante, poichè si citano numerosi casi di infezioni tifiche per ingestione di acqua malsana. Crede però che da un'analisi non possa risultare se un'acqua è causa o no di tifo, essendo la qualità e non la quantità delle sostanze che essa contiene, la origine della malattia.

Crede quindi all'importanza del non adoperare le acque dei pozzi e facilmente si possono inquinare di materiali infettivi.

Il Presidente chiede di sciogliere la seduta.

Il Dott. Tommasi fa osservare che la discussione dee essere riportata ad altra adunanza, e che se il Dott. Giuntoli l'ha ritirata si chieda alla Società, se desidera riprenderla per conto proprio.

Il Presidente osserva che se si deve discutere circa alla etiologia del tifo delle acque potabili, è inutile poichè è da tutti ammessa; quindi la discussione su ciò sarebbe solo accademica: inoltre se si volesse discutere sull'acqua potabile di Firenze come causa di febbre tifoidea, la proposta si confonderebbe con quella della analisi delle acque già rigettata. Quindi non vede la opportunità della proposta Tommasi.

Il Presidente chiede al Dott. Tommasi se mantiene la sua proposta.

Il Dott. Tommasi la ritira.

L'Adunanza è sciolta alle ore 2 e mezzo pom.

V° il Vice Presidente

Prof. L. LUCIANI.

Il Vice Segretario

Dott. A. BIANCHI.

ADUNANZA PUBBLICA DEL 25 FEBBRAIO 1883.

(Quarta ordinaria dell'anno Accademico 1882-83).

Presidenza del Prof. L. LUCIANI, Vice Presidente.

Ordine del giorno:

- 1° AGNOLESI Prof. POMPILIO. *Interpretazione scientifica dell'articolo 99 del Regolamento sanitario 6 settembre 1874, relativamente al commercio e vendita di sostanze medicinali. Dissertazione e proposta.*
- 2° PEREYRA Dott. EMILIO. *Di alcune applicazioni terapeutiche dell'iodoformio.*

Sono presenti i Soci Conservatori: Prof. Agnolesi, Dott. Banti, Dott. Bertini, Dott. Bianchi, Dott. Boncinelli, Dott. Celoni, Prof. Corso, Dott. Fano, Dott. Giuntoli, Prof. R. M. Levi, Dott. A. Paggi, Dott. C. Pellizzari, Dott. Pereyra, Dott. Urbino, Dott. R. Zannetti ed il socio emerito Prof. G. Pellizzari.

L'Adunanza è aperta alle ore 1 pom.

Letto ed approvato il verbale della seduta decorsa, si legge una lettera del Prof. Barellai, che chiede un'offerta dalla Società per un busto a Domenico Cirillo. Il Segretario delle corrispondenze propone che sia rinviata la domanda alla deputazione conservatrice, e questa proposta è approvata all'unanimità.

Ha la parola il Prof. Pompilio Agnolesi che legge *una proposta tendente a modificare l'articolo 99 del Regolamento sanitario relativo alla vendita e compra di sostanze medicinali.*

Egli dice che secondo le leggi attuali la vendita ed il commercio qualunque di sostanze medicinali non sono permessi che ai soli farmacisti. Crede che ciò conduca o ad affidare ad una casta un dato monopolio o che si debba altrimenti specificare le sostanze medicinali dalle non medicinali. Crede che ogni sostanza acquisti il nome di medicamento quando esce di farmacia dietro la indicazione scritta e firmata dal medico e che la dose di una sostanza medicamentale non possa essere che stabilita dal medico volta per volta.

Propone quindi i seguenti articoli:

1° È vietato a tutti i commercianti non autorizzati dalla legge, la vendita all'ingrosso e al minuto di qualsiasi sostanza semplice o composta, di natura organica o minerale, ogni qualvolta non sia indicata in scritto con la firma di un medico, chirurgo, veterinario, ostetrico.

2° È vietato nelle farmacie a coloro che non sono autorizzati dalla legge, la manifestazione e vendita di qualsiasi sostanza semplice o composta, di natura organica o minerale, ogni qualvolta non sia stata indicata in scritto colla firma di un medico, chirurgo, veterinario, ostetrico.

3° I medici, chirurghi e veterinarii dovranno prescrivere qualunque sostanza semplice o composta, di natura organica o minerale, in scritto, servendosi della lingua latina, e firmando la ricetta, sotto la pena in caso di contravvenzione stabilita dal codice.

4° È vietato il commercio e la vendita al minuto per l'interno del Regno di qualsiasi sostanza semplice o composta, di natura organica o minerale, indicata come specifico o come veleno, per la cura delle malattie, o per la distruzione degli animali nocivi, sia essa di provenienza estera o nazionale, di cui si ignori la vera composizione.

I contravventori saranno puniti colle pene stabilite dal codice.

Prende la parola il Dott. **Pereyra** parlando dell'*iodoforme in terapia oculare*. Ha curato ben 100 malati con questo medicamento ed ha veduto che nelle malattie palpebrali gli effetti suoi sono all'incirca quelli di altri agenti medicamentali, quali l'acido borico ed il nitrato di argento, e ciò anche nella blefarite escoriativa ove secondo il Prof. Paoli ed altri si sarebbe mostrato particolarmente utile. L'iodoforme l'A., l'ha usato in pomata (vaselina 8 gr. iodoforme 1 grm.) o in polvere: è utile nelle flogosi congiuntivali purulente, perchè modifica la secrezione e spesso le fa guarire, però in modo non durevole.

Fra le malattie della congiuntiva ha osservato l'oftalmia purulenta dei neonati (tre casi), nella quale l'iodoforme in pomata ed in polvere è stato meno utile del nitrato d'argento.

Nelle congiuntivite flictenulari non è l'iodoforme superiore alla polvere di calomelano; nelle affezioni tracomatose in genere è inferiore al solfato di rame e ad altri rimedii comuni. Nell' ascesso corneale è utilissimo.

Conclude che mentre l'iodoforme è ben sopportato ed utile in alcuni casi di malattie congiuntivali, pure non ha qui la sua prevalente indicazione. Nelle malattie della cornea spiega invece l'iodoforme la sua maggiore efficacia ed è utilissimo anco nelle forme a carattere stenico. Ha ottenuto ottimi risultati negli infiltrati, nelle ulcerazioni, e nella cheratite con ipopion. Poco vantaggio nel panno vascolare tanto scrofoloso quanto tracomatoso, sebbene lo iodoforme non destasse fenomeni d'irritazione. Ha ottenuto qualche effetto utile nei panni tracomatosi poco vascolarizzati. Nella cheratite flictenulare ha trovato indicazioni prevalenti all'uso dell'atropina, anzichè a quelle dell'iodoforme.

Avverte che l'iodoforme deve adoperarsi quando è molto esattamente perforizzato a evitare i fenomeni di meccanica irritazione.

Si avverta che non vi è pericolo di avvelenamento, ma che l'iodoforme può alterarsi per la luce e per l'aria. A spiegarne i benefici risultati concorrono le proprietà sue di anestetico, di deterativo, di antisettico, di cicatrizzante.

Richiama poi l'attenzione sulla proprietà miotica, non prima mostrata da alcuno e il fatto di aver giovato in tre casi di glaucoma, di cui due secondarii ed uno primitivo ed acuto. Parla infine di un esperimento fisiologico compiuto in proposito nel laboratorio del Prof. Luciani, pel quale si potrebbe ritenere che l'iodoforme avesse azione miotica in quanto agisce sul simpatico, diminuendo il tono dei vasi dell'iride.

Aperta la discussione sulla comunicazione del Prof. Agnolesi, il Prof. Corso

si oppone alle leggi restrittive che si riferiscono agli interessi di una casta speciale: ogni legge, egli dice, è un inciampo, è un sasso pel galantuomo, non per la volpe. Mai si potrà controllare la vendita del medicamento e crede che, in mancanza di mezzi per assicurare la vendita delle medicine, si debba dare piena libertà di essa. Proporrebbe quindi o l'ordine del giorno puro e semplice, o una libertà completa in proposito.

Il Prof. **Luciani** crede che si debba da questa discussione generale passare alla discussione dei singoli articoli.

Il Dott. **Banti** chiede che a norma delle modificazioni al Regolamento sia essa rimandata alla ventura adunanza.

Il Prof. **Corso** si associa alla proposta Banti.

Il Prof. **Agnolesi** dice di non aver proposto articoli restrittivi, ma solo atti a colpire coloro che vendono medicamenti senza la prescrizione del medico.

Il **Presidente** mette ai voti la proposta Banti, che è approvata a maggioranza.

Aperta la discussione sulla comunicazione del Dott. Pereyra, prende la parola il Prof. **M. R. Levi**, che ringrazia prima di tutto l'accademia di averlo ammesso fra i soci conservatori e crede utile accennare un caso importante di uso interno dell'iodoformio.

Una bambina di 12 anni, malata d'ingorghi glandulari multipli e di adenopatia bronchiale, con tosse forte e insistente, fu curata con iodoformio sciolto nell'olio di merluzzo. A tal cura si possono distinguere cinque periodi: 1° (periodo di 6 giorni) jodoformio centigr. 20; olio di merluzzo grm. 20; essenza di menta grm. 1. Diminuzione notevole della tosse, nessun disturbo intestinale: disgregamento degli ingorghi glandulari. — 2° (periodo di 6 giorni) jodoformio centigr. 25; olio di merluzzo grm. 25. Tosse ancor più rara; diminuzione progressiva degli ingorghi glandulari. — 3° (periodo di 6 giorni) jodoformio centigr. 30; olio di merluzzo grm. 30. Miglioramento progressivo della tosse e degli ingorghi. — 4° (periodo di 7 giorni) jodoformio centigr. 35; olio di merluzzo grm. 35. Scomparsa la tosse, e ancor più diminuiti i fenomeni di aumento glandulare. Nessun disturbo intestinale. — 5° jodoformio centigr. 40; olio di merluzzo grm. 20. Ingorghi glandulari ridotti notevolmente. Il peso della bambina salì da kil. 18,200 a kil. 20,700.

Aggiunge poi che il Dott. Bianchi, adopera grm. 2 di jodoformio su 100 di vaselina per ottenere la rapida disseccazione delle pustole vaiolose con esito felice.

Il Dott. **Urbino** parla sulle applicazioni locali dell'iodoforme nelle malattie della gola e specialmente nelle ulceri croniche catarrali e nelle ulceri tubercolari laringee: egli ha veduto che l'iodoforme in polvere ha riparato prontamente la ulcerazione sia tubercolare che catarrale. Crede utile l'applicazione dell'iodoforme in polvere con l'insufflatore comune; unico inconveniente è l'odore sgradevole, però non eccita la tosse e si fissa bene sui tessuti un po' umidi. Osserva infine che oltre alla proprietà cicatrizzante, è anche anestesico.

Il Prof. **M. R. Levi** chiede al Dott. Urbino se vi era tosse precedente e se questa si calmò dopo l'uso dell'iodoforme.

Il Dott. **Urbino** risponde che il malato adoprò l'iodoforme dopo un accesso di tosse, pel quale emise escreato variegato di sangue, e che questa tosse non tornò più.

Il Prof. **M. R. Levi** crede che abbia azione sedativa sui nervi presiedenti alla respirazione, perciocchè nel caso di adenopatia bronchiale, la tosse spasmodica insistente si calmò fin dalle prime dosi di jodoformio, innanzi che si fosse potuto diminuire il volume delle glandule ingrossate e nei casi di pertosse si ottenne dall'jodoformio una diminuzione nella frequenza e violenza degli accessi di tosse.

Il Dott. **Corso** chiede schiarimenti sull'esperimento fisiologico compiuto dal Dott. **Pereyra** nel laboratorio del Prof. **Luciani**.

Il Prof. **Luciani** ricorda che sezionando nel coniglio il simpatico cervicale da un lato, la miosi non può che dipendere da paralisi vasomotoria, essendo l'iride del coniglio sprovvista di fibre raggiate. Ora applicando l'iodoformio ad ambedue gli occhi, si ottenne nell'occhio dal lato sano una miosi sensibilmente eguale a quella dell'occhio dal lato ove fu reciso il simpatico, che non aumentò di grado per effetto dello iodoformio. Ciò dimostra che questa sostanza si limita a produrre una paralisi delle fibre simpatiche dell'iride, e un consecutivo abbassamento del tono vasale delle medesime.

Il Prof. **Corso** osserva che lo sperimento fatto è insufficiente e non prova che l'jodoformio produca la miosi paralizzando il simpatico. Si dovevano irritare i due simpatici, ed ove per la irritazione si fosse dilatata una pupilla e l'altra no, si avrebbe avuto un fatto per giudicare la miosi effetto della paralisi del simpatico piuttosto che d'un'altra causa. La questione però anche dopo questo sperimento non sarebbe risolta del tutto perchè l'iride non dipende dal solo simpatico, ed il restringimento della pupilla può dipendere da altre cause. Quando il simpatico è veramente paralizzato la sua irritazione non fa contrarre i vasi sanguigni.

Il Dott. **A. Paggi** osserva che l'iodoforme è usato anche in chirurgia: che nell'arcispedale di S. M. Nuova è stato adoperato una volta sola e con effetti tossici; che egli l'ha adoperato quando era assistente al secondo turno chirurgico, in un caso di vasta ulcerazione per operazione alla mammella e con esito felice. Nella clinica chirurgica poi ha veduto effetti buoni egualmente anche in sini fistolosi.

In ginecologia, conosce molti casi in cui l'iodoforme è riuscito efficace.

Il Dott. **Urbino** propone che si rimandi il seguito di questa discussione alla seduta futura.

Il **Presidente** non giudica necessario di mettere ai voti tale proposta, avendo ciascun socio libertà di tornare per conto proprio sull'argomento.

Il **Pereyra** fa osservare al Prof. **Corso** che l'esperimento fisiologico gli sembra assai concludente, perchè se la miosi del lato sano fosse stata dipendente da eccitamento dell'oculomotore e non da paralisi del simpatico, avrebbe

dovuto aversi aumento di miosi dal lato ove il simpatico era stato reciso. Per non essere poi la miosi dell'iodoformio unita a disturbi accomodativi, credo acquisti maggior fondamento il concetto da lui sopra espresso.

Dopo esame del caso presentato dal Prof. Levi la seduta è levata alle ore due e mezzo pomeridiane.

V° il Presidente
Prof. P. BURRELL

Il Vice Segretario
Dott. A. BIANCHI

ADUNANZA PUBBLICA DEL 4 MARZO 1883.

(Quinta ordinaria dell'anno Accademico 1882-83).

Presidenza del Prof. P. BURRESI, Presidente.

Ordine del giorno:

- 1° PAGANUCCI Cav. Prof. LUIGI. *Di un utero bifido con doppia vagina, e di una costa sopranumeraria cervicale.*
- 2° LUCIANI Prof. LUIGI. *Sul decorso della secrezione biliare.*
- 3° *Seguito della discussione sulle modificazioni all'Art. 99 del Regolamento sanitario, proposta del Prof. AGNOLESI.*

Sono presenti i Soci conservatori: Prof. Agnolesi, Dott. Banti, Dott. Bertini, Dott. Bianchi, Dott. Boncinelli, Prof. Corso, Dott. Fano, Dott. Faralli, Prof. M. R. Levi, Prof. Luciani, Prof. Paganucci, Dott. A. Paggi, Prof. P. Pellizzari, Dott. C. Pellizzari, Dott. Pereyra, Dott. Tommasi e il socio emerito Dottore C. Paggi.

L'Adunanza è aperta alle ore 1 pom.

Dopo letto ed approvato il processo verbale della seduta passata, ha la parola il Prof. Paganucci.

Egli presenta un *utero bifido* di una bambina morta pochi giorni dopo la nascita e che fu sezionata dal Dott. Sacchi, perchè vide l'apertura dell'ano nella vulva. Aperto il ventre fu trovato il retto adeso alla parete vaginale e terminante presso la vulva. Vi erano due vagine contigue, di cui una pervia, l'altra ridotta ad una specie di cordone: queste due vagine comunicavano con due uteri, collocati l'uno a destra, l'altro a sinistra, ad egual livello, che però avevano ciascuno una sola appendice all'esterno, contenente ovajo e tromba. Il Prof. Paganucci verificò che quivi realmente erano due vagine parallele e contigue, che gli uteri loro terminali erano cilindrici, e le vagine unite solo in fondo con connettivo, ma separate nel resto.

Questi rari vizii di conformazione dei genitali muliebri, indicano un arresto di sviluppo alla prima fase di evoluzione uterina.

Un altro preparato importante era quello di una *costa sopra numeraria* di contro al corpo della seconda vertebra cervicale, che fu trovato per caso quando il resto del cadavere era stato già sotterrato. Pensando che per lo più le coste sopra numerarie sono vicine a quelle cervicali, crede il Prof. Paganucci che anche nelle sottoposte vertebre ci devono essere state altre coste simili.

Presenta infine alcuni preparati con bella iniezione capillare, dei quali uno è il tubo digerente di un feto, l'altro la mucosa delle fosse nasali, nelle quali sono ben visibili anche i vasi della polpa dentaria.

Il Prof. **Luciani** comunica un lavoro sperimentale *sul decorso della secrezione biliare* eseguito nel laboratorio di fisiologia sotto la sua direzione dal Dott. Dario Baldi.

Ricorda che secondo le nozioni acquisite, le secrezioni dei succhi digestivi, vale a dire della saliva, del succo gastrico, pancreatico, e enterico, hanno un procedere regolare, costante, subordinato a condizioni facilmente determinabili: *esse sono regolate in condizioni normali dalla presenza od assenza, nonchè dalla natura degli alimenti nell'apparecchio digerente, e in condizioni abnormi o sperimentali, possono essere eccitate ed in vario modo modificate dai diversi stimoli meccanici, elettrici e chimici.*

Ciò premesso, lo scopo delle ricerche nella secrezione biliare fu di vedere se essa si comporti in maniera analoga alle altre secrezioni digestive, oppure ne differisca essenzialmente.

Menzionati i lavori precedenti di Bidder e Schmidt, di Köl liker e Müller, di Hoppe Seyler, l'A. ne dimostra la incompletezza e insufficienza per determinare l'intero decorso giornaliero della secrezione biliare. Descrive quindi il metodo seguito nelle sue ricerche, che consiste nel raccogliere di ora in ora, per l'intera giornata o almeno per 12 ore di seguito, la bile secreta da cani a cui era stata praticata la fistola della cistifellea con legatura e recisione del coledoco. Della bile di ciascuna ora è determinato non solo il volume, ma anche il peso del residuo solido. In una prima serie di ricerche si studia l'influenza sulla secrezione biliare dei diversi alimenti; in una seconda serie l'influenza di alcune sostanze medicinali alle quali è attribuita un azione colagoga.

I risultati sperimentali sono rappresentati da diagrammi che mostrano a colpo d'occhio l'intero decorso della secrezione biliare, scrivendo nell'ascissa il tempo, e nelle ordinate sia il volume della bile secreta che i suoi residui secchi.

Un semplice sguardo ai diagrammi vale a rilevare una *singolare irregolarità* nel decorso della secrezione biliare, che oscilla notevolmente d'ora in ora. Si osserva inoltre la mancanza di rapporto costante tra il quantitativo dell'acqua e quello delle sostanze solide biliari: sicchè si può dire che oltre alla quantità complessiva, oscilla talora anche la densità della bile nelle diverse ore.

Appare difficile il determinare, colla scorta dei diagrammi, la influenza esercitata dalla digestione e assorbimento degli alimenti nella secrezione biliare. I risultati sembrano contraddirsi: talora si osserva il massimo della secrezione nella prima o seconda ora, altra volta nella quarta, talora nella decima ora dopo il pasto. Coteste differenze non si attengono affatto alla natura dell'alimentazione, carnea, amilacea, grassa, o mista.

Confrontando la somma totale di bile secreta durante il digiuno o le ore che precedono il pasto, con quella secreta in altrettante ore consecutive all'alimentazione; si ha per solito in questa un aumento, sebbene non molto cospicuo, e riferibile più alla quantità di acqua che al peso delle sostanze solide biliari.

Infine da precedenti ricerche del Prof. Luciani risulta che durante l'inanizione, mentre sono sospese tutte le secrezioni digestive la sola secrezione biliare continua fino alla morte dell'animale, come è facile desumere dai reperti necroscopici.

Questo insieme di fatti tende a mettere in rilievo *la natura e carattere speciale della secrezione biliare rispetto alle secrezioni digestive, e a far considerare la bile come un secreto che ha, dal punto di vista fisiologico, maggiore analogia coll'urina che coi succhi digerenti.*

Passando a studiare l'influenza dei pretesi colagoghi, l'A. ricorda le precedenti ricerche del Rörig in Germania e del Rutherford e Vignal in Inghilterra, nota le imperfezioni ed insufficienze dei metodi adoperati, e mette in vista la differenza dei risultati ottenuti.

Mostra poi, rappresentati con diagrammi, i risultati delle nuove ricerche fatte adoperando la *podofillina*, il *rabarbaro*, la *gialappa*, l'*acqua alcalina di Carlsbad*, il *fosfato sodico*, la *pilocarpina*. L'animale durante queste ricerche coi così detti colagoghi era notevolmente dimagrito per effetto della fistola. In coincidenza a questo fatto si scorge che la quantità della bile secreta nell'unità di tempo è alquanto minore, e in qualche ora è del tutto mancante. Ma a parte questa differenza, si scorgono nei diagrammi le stesse oscillazioni d'ora in ora nella quantità del secreto.

Se si confronta il decorso della secrezione prima e dopo l'introduzione dei farmaci, non è dato rilevare alcuna apprezzabile azione colagoga, nè immediata, nè tardiva. Sulla base di questi risultati negativi sembra *doversi revocare seriamente in dubbio l'azione promotrice e acceleratrice della secrezione biliare da tutti attribuita ai così detti colagoghi.*

Tutto tende dunque ad insinuare il concetto che il fegato quale organo secretore della bile, debba considerarsi come un emultorio di materiali di consumo in massima parte prodotti dai diversi tessuti e destinati ad essere espulsi dall'organismo, come fanno i reni dei materiali urinosi.

La funzione emulteria del fegato per le materie biliari risulta chiaramente dalle ricerche dello Schiff intorno alla così detta circolazione della bile dal fegato all'intestino e dall'intestino al fegato. Avendo però alcuni messo in dubbio che la bile riassorbita nel sangue ripassi effettivamente nel secreto del fegato, ritenendo possibile che essa si limiti ad eccitare un aumento di secrezione senza riescire pel fegato, l'A. ha ripetuto nei cani colla fistola biliare gli esperimenti dello Schiff, iniettando bile sia nello stomaco, sia direttamente nel sangue, ed esaminando i cangiamenti che subisce sia la bile secreta della fistola, sia l'urina. I risultati ottenuti furono tali da rimuovere qualsiasi dubbio intorno alla facoltà del fegato di espellere, a preferenza dei reni, le materie biliari pervenute nel sangue.

Con ciò l'A. non intende di ammettere che i singoli componenti chimici della bile, e gli stessi acidi biliari (che sono gli unici elementi veramente specifici della medesima) risultino dal consumo del complesso dell'organismo, piuttostochè rappresentare prodotti propri del fegato.

Ma anco ammesso (ciò che non è ancora direttamente dimostrato) che gli

acidi biliari siano un *prodotto esclusivo delle cellule epatiche*, non cessa di esser il vero fatto che risulta dall'insieme delle ricerche dell'A., che cioè *la secrezione biliare si distingue in maniera caratteristica dalle altre secrezioni digestive, sia per la irregolarità del suo decorso, sia per essere indipendente da qualsiasi influenza eccitante degli alimenti e dei medicamenti; e presenta invece molti punti di contatto colla secrezione urinaria, sia perchè tanto l'una che l'altra dipendono essenzialmente dal consumo complessivo dell'organismo, sia per la facoltà emultrice del fegato per le materie biliari, come dei reni per le materie urinose.*

Si riprende quindi la discussione sulla memoria del socio Prof. Agnolesi.

Il Prof. Corso parla della importanza della questione dal lato sociale, igienico e scientifico, combatte l'art. 1°, perchè non crede possa esistere quando un commerciante può vendere una alta dose di un veleno, e non darne piccole dosi, come medicatura; dice che l'art. 2° non regge perchè i medicamenti non sono preparati dai farmacisti, ma da operai; nega che sia opportuno l'uso del latino (art. 3°) per scrivere le ricette e crede rispetto alla vendita degli specifici (art. 4°), che prima se ne constati l'azione, e si veda solo se sono utili, perchè crede che sarebbe un abolire così il diritto di proprietà per i medici.

Quindi affermando il danno di ogni legge restrittiva della libertà, propone il seguente ordine del giorno.

La Società medico-fisica non accetta le proposte del Prof. Agnolesi, perchè non tutelano la pubblica salute meglio dell'art. 99 della vigente legge sanitaria; non è possibile impedire che i non farmacisti preparino medicamenti nelle farmacie e la proibizione dei così detti specifici non ne impedisca la vendita, limita la libertà del commercio, della stampa, nega il diritto d'invenzione e di proprietà ai soli medici, e darebbe allo stato funzioni che non può esercitare, e che sarebbero fatali al progresso della scienza.

Il Prof. Agnolesi sostiene che il suo primo articolo è dettato perchè si impedisca ai commercianti non patentati di spedire le ricette, che il secondo si riferisce a quelle persone che spediscono ricette senza essere capaci ed autorizzati; che crede utile l'uso del latino nello scrivere le prescrizioni e, che gli specifici sono dannosi anche, perchè spesso inutili e chiede infine che la Società si pronunzi sugli articoli da lui proposti e sulla proposta del Prof. Corso.

Il Prof. Pietro Pellizzari constata la gravità della questione che richiede studio profondo, conclude diffidando la Società dal prendere deliberazioni precipitate sulla questione e propone la sospensiva.

Il Prof. Agnolesi concorda sulla gravità di esse e dice che suo scopo è stato appunto di portare la discussione in un terreno pratico.

Dopo breve discussione fra il Prof. Corso, il Prof. Pellizzari, il Presidente circa alla libertà di vendita dei medicinali, il Presidente mette ai voti la proposta sospensiva del Prof. Pellizzari, che è approvata a gran maggioranza.

Il Dott. Giuntoli ed il Prof. Agnolesi chiedono quindi la nomina di una commissione per studiare l'argomento: posta ai voti questa proposta è approvata all'unanimità, ed è deferita al Presidente la nomina della Commissione che è così composta:

Presidente: Prof. Pietro Pellizzari. — Membri: Prof. Agnolesi, Prof. Corso, Dott. Giuntoli, Dott. Banti. —

Il Dott. Giuntoli ed il Prof. Agnolesi, declinano l'onore, ma pregati accettano.

Aperta la discussione sulla Memoria del Prof. Paganucci, il Prof. **Pellizzari** dice che ha veduta una prostituta che offriva doppia vagina e doppio utero, ma il coito professionale lo compiva con una vagina sola, perciò questa era più ampia dell'altra ed aveva vaginite specifica in questa sola. L'esistenza di due vagine e di due uteri era provata dall'esplorazione digitale, da quella con lo specolo e con la sonda uterina, la quale per ambo gli uteri diè 3 centm. e 2 linee di lunghezza, cioè la metà della dimensione dell'utero normale.

Il Dott. **Adolfo Paggi** chiede altri schiarimenti circa le funzioni dei due uteri.

Il Prof. **Pellizzari** risponde che la donna fu sterile, che l'utero era conoide ed il collo ristretto.

Il Dott. **Paggi** insiste per sapere come avveniva la mestruazione.

Il Prof. **Pellizzari** dice che il sangue veniva da ambo le aperture vaginali, non sa poi se realmente si trattasse di utero bifido con due colli o di due uteri separati.

Aperta la discussione sulla Memoria del Prof. Luciani, il Prof. **Corso** prende la parola chiedendo schiarimenti, ma il Prof. **Luciani** a causa d'indisposizione chiede di rimandare la discussione alla seduta ordinaria successiva.

L'adunanza è chiusa alle ore 3 pom.

V° il Presidente
Prof. P. BURRESI.

Il Vice Segretario
Dott. A. BIANCHI.

ADUNANZA PUBBLICA DEL 22 APRILE 1883.

(Sesta ordinaria dell'anno Accademico 1882-83).

Presidenza del Prof. P. BURRESI, *Presidente*.

Ordine del giorno:

- 1° BONCINELLI Dott. FRANCESCO. *Un voto di plauso al Cranioclaste del Braun.*
- 2° FANO Dott. GIULIO. *Sul fenomeno dei Cheyne-Stokes, e sulle cause del ritmo respiratorio.*
- 3° GRILLI Dott. PIETRO. *Contributo allo studio dei rapporti etiologici fra la sifilide e la pazzia paralitica.*

Sono presenti i Soci Conservatori: Prof. Agnolesi, Dott. Banti, Dott. Bargioni, Dott. Bertini, Dott. Bianchi, Dott. P. Bosi, Dott. Faralli, Dott. Fano, Dott. Grilli, Prof. Luciani, Dott. Nesti, Dott. A. Paggi, Dott. C. Pellizzari, Prof. Simi, Dott. Tommasi, Dott. Turchini ed il socio emerito Prof. Giuseppe Barellai.

L'Adunanza è aperta alle ore 1 pom.

Il **Vice Segretario degli atti** dà lettura 1° di una comunicazione del Sindaco di Cesena il quale ringrazia caldamente la Accademia per l'intervento del suo Presidente alle feste in onore del Bufalini. 2° Di una risposta favorevole della Deputazione conservatrice per il concorso in Lire 20 alla erezione di un busto a Domenico Cirillo in Napoli.

Il **Presidente** presenta un manifesto per la erezione di un monumento a Fabrizio di Acquapendente e chiede che la decisione per la somma da offrirsi sia rimessa alla Deputazione conservatrice.

Fa poi osservare che la salma del Prof. Puccinotti giace obliata e senza monumento. Crede che sarebbe utile incaricare la Deputazione conservatrice di pensare anche a ciò e di deliberare un incitamento al Comune perchè prenda la iniziativa per le onoranze da rendersi a quell'illustre.

Chiede che le due proposte siano messe ai voti separatamente.

La prima è approvata alla unanimità.

Rispetto alla seconda, il Dott. **Nesti** fa osservare che il Municipio emise già un voto per la deposizione delle ossa del Puccinotti in S. Croce, quindi basterebbe fare delle sollecitazioni in proposito. Si potrebbe anzi ricordargli che anche pel Bufalini fu stabilito di collocare una lapide in S. Croce.

Il Dott. **Tommasi** aggiunge esservi una serie di deliberazioni della Società all'epoca della morte del Bufalini e che si dee riferirsi ad esse.

Posta ai voti la proposta di far premura per la esecuzione delle predette deliberazioni rispetto al Prof. Puccinotti ed al Prof. Bufalini, è approvata alla unanimità. È quindi incaricato il Segretario degli atti di comunicare tal voto all'onorevole Sindaco.

Si legge una lettera del Dott. **Boncinelli** che si scusa di non poter fare la lettura *sul Cranioclaste del Braun*, poichè colpito da febbre reumatica, e delega il Dott. **Bargioni** a sostenere le sue veci. Questi crede che l'indole speciale dell'argomento e l'utilità della discussione richiedano la presenza dell'autore del lavoro e propone si rimandi quindi alla Seduta successiva.

La Società approva.

Ha la parola il Dott. **Fano** *sulle cause del ritmo respiratorio nel fenomeno dei Cheyne-Stokes*. Il Dott. Fano espone il risultato ottenuto nelle sue esperienze sul centro respiratorio delle tartarughe. In questi animali quando siano in ibernazione la respirazione ha una forma periodica, rappresentata da gruppi di respirazioni alternate da pause. I gruppi non presentano nella massima parte dei casi nè una fase ascendente, nè una fase discendente, come si osserva nel fenomeno classico del Cheyne-Stokes, ma sono costituiti da escursioni respiratorie della stessa intensità.

Se a tali tartarughe si lega il cuore, e se esse vengono sottomesse all'azione anche prolungatissima di gas asfittici o indifferenti CO_2 , H , N , CO_2 , non si può notare in esse alcuna modificazione nella forma periodica della respirazione. Questo fatto mentre esclude l'azione necessaria dei gas dello scambio e della crasi sanguigna, perchè avvengano i movimenti respiratorii e mentre si oppone alle opinioni del Luchsinger, del Langendorff e del Pflüger, che tutte si fondano sull'azione esercitata dall'ambiente sul centro respiratorio, rendono molto probabile l'opinione che i movimenti respiratorii stessi sieno dovuti ad un vero automatismo del centro respiratorio. Queste esperienze dimostrano anche, secondo il Dott. Fano, che i gruppi non sono già l'espressione di oscillazioni proprie della eccitabilità dei centri, che rendano efficaci degli stimoli, che prima erano insufficienti, come opinò il Prof. Luciani in un suo lavoro sullo stesso argomento. Giacchè non si comprenderebbe come le singole respirazioni dei gruppi non abbiano ad aumentare in intensità per l'azione dei gas asfittici. E a questo proposito il Dott. Fano esclude che ciò non avvenga perchè i movimenti respiratorii abbiano già durante l'azione dell'aria raggiunto il loro massimo di estensione. Comparando poi questi fatti osservati nelle tartarughe ibernanti con quelli che si osservano negli animali superiori, il Dott. Fano crede di poter asserire che i movimenti respiratorii non dipendono fondamentalmente neppure in via mediata dalle condizioni dell'ambiente.

Queste possono modificarli, ma non è in esso che risiede la loro causa fondamentale. Combatte poi la opinione del Rosenthal e le sue idee sull'apnea fetale e chiude esprimendo la speranza di poter un giorno spiegare anche il silenzio del centro respiratorio durante la vita uterina con un fenomeno di moderazione.

Il Dott. **Grilli** *parla dei rapporti fra la sifilide e la paralisi generale del demente*.

Osserva prima di tutto che non tutti i trattati citano la sifilide come causa di pazzia paralitica; si è però verificato da alcuni ben 11 volte su 22 casi, traendone quindi ragioni per stabilire un nesso causale fra sifilide

e pazzia paralitica. Il Grilli è arrivato alla stessa proporzione, ma crede che si possa estendere anche più: 1° perchè i medici non la ricercano in molti casi; 2° perchè i malati non lo sanno o lo negano; 3° perchè i parenti spesso lo ignorano o lo nascondono.

Fatti razionali a prova della possibile precedente infezione sifilitica nei dementi paralitici sono:

1° La refrattarietà di essi a contrarre la sifilide, mentre prendono con facilità ulceri molli e blenorragia: il Dott. Grilli in 22 anni ha veduti nel Manicomio di Firenze solo 30 casi con manifestazioni sifilitiche in corso.

2° Il rapporto proporzionale di frequenza fra i 2 sessi. Negli uomini la demenza paralitica è tre volte più frequente che nelle donne, e la stessa proporzione ha la sifilide. Nelle altre cause manca tal costanza e proporzione fra la quantità delle cause e gli effetti. Gli abusi alcoolici sono quasi costanti, ma non vi è tal proporzione.

Cita il caso di 2 fratelli dei quali uno bevitore, l'altro sifilitico: nel 1° si sviluppò il *delirium tremens*, nel 2° la paralisi del demente.

3° Il criterio terapeutico. È vero che nella demenza paralitica si ha poco vantaggio dalla cura specifica, ma il mercurio non può rifare gli elementi anatomici distrutti, mentre nei primordi della malattia la cura reca miglioramenti e anche a lesione inoltrata un po' di miglioramento vi è sempre.

4° Infine le alterazioni anatomiche cerebrali della sifilide e della paralisi dei dementi sono eguali: anzi le alterazioni vasali della sifilide vecchia sono fatti opportuni per favorire la spiegazione della difficile irrigazione sanguigna che si ha nella demenza paralitica.

È aperta la discussione sulla memoria del Dott. Fano.

Il Prof. Luciani dimostra che la dottrina a cui ora è pervenuto il Dottor Fano intorno al fenomeno respiratorio, non differisce essenzialmente da quella da lui emessa nel 1879 nello stesso argomento. L'unica differenza sta in ciò, che mentre egli tentò di spiegare l'automaticità del centro respiratorio, riferendola ad oscillazioni dell'eccitabilità del centro, per cui durante i gruppi divenissero efficaci gli stimoli rimasti insufficienti durante le pause; il Dott. Fano, sulla base dei suoi nuovi esperimenti, dimostra come questo tentativo di spiegazione non regga alla prova sperimentale. Con ciò non riesce certo più chiara la genesi del fenomeno dei Cheyne e Stokes e la dottrina del ritmo respiratorio; anzi ci appare sempre più involta di un velo misterioso, e scema anche maggiormente la speranza di poter oggi chiarire l'arduo problema. Dimostra in seguito come questo argomento, lungi dall'essere una semplice curiosità scientifica, presenti un rilevante interesse filosofico, per la sua evidente applicabilità ai fenomeni psichici e in ispecie alla dottrina della volontà.

Il Dott. Fano fa eco alle considerazioni del Prof. Luciani, e lo ringrazia di aver rilevato la importanza dell'argomento da lui trattato.

Aperta la discussione sulla comunicazione del Dott. Grilli, il Dott. Celso Pellizzari dice che riconosce la importanza degli argomenti addotti dall'oratore per ammettere nella sifilide una causa di paralisi dei dementi.

A proposito delle cifre di confronto addotte dal Dott. Grilli sulle frequenze della sifilide e della demenza paralitica nei due sessi, crede opportuno di far notare che vi è un'altra malattia del sistema nervoso cioè l'atassia locomotrice (la quale presenta presso a poco gli stessi rapporti con la sifilide) che si verifica con diversità di frequenza nei due sessi. Il Prof. Fournier sopra 103 casi ha trovato soltanto 4 donne affette da atassia, mentre nella sua pratica privata ha veduto che il rapporto della sifilide fra la donna e l'uomo sta come 1 a 9.

Il Prof. Luciani inclina a credere che una delle cause della demenza paralitica, essendo l'abuso dei piaceri venerei, sia una pura coincidenza *la frequenza dei sifilitici fra tali malati.*

Il Dott. Banti fa osservare che le ragioni per ammettere la importanza della sifilide nella genesi della demenza paralitica le crede serie, ma dice che nelle paralisi successive a sifilide nel cervello difettano le lesioni e che le lesioni anatomiche della demenza paralitica non possono di per sé credersi di natura sifilitica.

Il Dott. Grilli ringrazia il Dott. C. Pellizzari delle cifre che ha accennate circa alla frequenza della sifilide nell'uomo e nella donna, e dice al Prof. Luciani che la sifilide dei dementi paralitici è antica e precede l'epoca dell'abuso venereo, manifestazione della demenza incipiente.

Dopo alcune osservazioni del Dott. C. Pellizzari la Seduta è chiusa alle ore 2 e mezzo pom.

V° il Vice Presidente
Prof. L. LUCIANI.

Il Vice Segretario
Dott. A. BIANCHI.

ADUNANZA PUBBLICA DEL 29 MAGGIO 1883

(Settima dell'anno Accademico 1882-83).

Presidenza del Prof. LUCIANI, Vice Presidente.

Ordine del giorno :

- 1° BONCINELLI Dott. FRANCESCO. *Un voto di plauso al cranioclaste del Braun.*
- 2° ZANNETTI Dott. RAFFAELLO. *Corea per paura, considerazioni medico legali.*

Sono presenti i Soci Conservatori: Prof. Agnolesi, Dott. Bianchi, Dott. Boncinelli, Dott. O. Bertini, Dott. Celoni, Prof. Del Greco, Dott. Faralli, Dott. Grassi, Prof. Paganucci, Dott. A. Paggi, Dott. C. Pellizzari.

L'Adunanza è aperta alle ore 12 e 35 pom.

È letto ed approvato il processo verbale della Seduta precedente.

Si dà comunicazione delle opere pervenute in dono e di una lettera del Prof. Andrea Ceccherelli, il quale a causa della sua nomina a Clinico chirurgico nell'Università di Parma, chiede passare da socio conservatore a socio corrispondente.

L'Accademia approva.

Si passa quindi all'ordine del giorno ed ha la parola il Dott. Boncinelli *Sul cranioclaste del Braun.*

Nella memoria suddetta il Dott. Boncinelli trae motivo da alcune considerazioni sopra qualche particolarità dell'Embriotomia sul capo e specialmente sull'uso del detto strumento da un caso di grave vizio pelvico occorsogli recentemente in pratica. Riguardava questo una rachitica primipara, a termine, di anni 32, con bacino universalmente e irregolarmente ristretto, e coniugata vera ridotta di 66 millim. Le acque erano scolate prematuramente appena iniziata la dilatazione del collo alle 6 antim. del 17 gennaio 1883. Feto vivo in presentazione cefalica, posizione O. S. D. A. Rifiutato dalla donna e dai parenti il taglio cesareo, fu forza prepararsi a compiere il parto per un processo embriotomico. Benchè non rifuggisse nell'interesse della vita della madre dal praticare l'atto operatorio a feto vivo, non gli fu concesso di accingersi ad esso che 40 ore dopo la rottura del sacco, quando la vita del feto vicina ad estinguersi e lo stato della donna urgentemente lo reclamava. La bocca dell'utero trovavasi allora dilatata a 5 centim.; la testa mobili sullo stretto superiore, in situazione flessa si da presentare la piccola fontanella nel centro del contorno pelvico. Fu omessa la cloroformizzazione perchè non consentita dalla paziente e perchè non creduta necessaria in siffatti casi. Non furono all'opposto trascurate le opportune cautele antisettiche. — Pi

tiò prima la craniotomia col perforatore del Blot, risultando la breccia della fontanella posteriore e piccola parte della sutura sagittale. Lacerata e spappolata la sostanza cerebrale, trascurò la iniezione perchè inutile e tentò, ma invano, di abbassare di alcun poco la volta craniense sia coll'uncino, sia col cranioclaste del Simpson. Accordato breve riposo alla donna passò alla cefalotriessia per mezzo del forcipe Guyon. La testa mantenevasi alta e mobile sullo stretto superiore, l'utero inerte. Applicato il cefalotrittore e fatta lentamente la compressione fino all'ultimo dente della *Cremaillière* procedè alle trazioni che per quanto forti e continue, e benchè lo strumento tenesse fortemente la presa, furono impotenti a smuovere minimamente la testa. A quello sostituì allora il cranioclaste del Braun applicandone il morso lungo la sutura temporo occipitale destra e in alto tanto da passare colla cucchiaja sull'apofisi mastoide fino al collo. Fu con esso che con molta facilità potè ottenere l'estrazione verificandosi esattamente il meccanismo del parto naturale. L'inerzia uterina reclamò il secondamento artificiale e l'amministrazione della segala. Il feto di sesso mascolino pesava 2300 grammi, senza cervello e aveva una lunghezza di circa 48 centim. Le cucchiaja del cefalotribo avevano fatto presa secondo un diametro obliquo della base, dall'apofisi mastoide destra alla squamma del temporale sinistro. Lo schiacciamento aveva prodotto la disgiunzione di tutte le suture degli ossi della volta, la frattura dei parietali, la sconnessione della rupe petrosa destra, per cui l'apofisi mastoide restava rivolta in dentro. Il puerperio fu normale sol che fu disturbato da una mediocre bronchite reumatico catarrale accompagnata per alcuni giorni da lieve stato febbrile dovuto a perfrigerazione sofferta durante l'atto operatorio. Negli organi genitali null'altro che una piccola e superficiale placca necrobiotica nella parete posteriore dietro l'ostio vaginale che in qualche giorno si deterse e sparì. Dopo aver giustificato la scelta del processo operatorio e manifestata l'opinione che in una successiva gravidanza della donna potrebbe tentare di salvare il feto combinando la sinfisiotomia col parto prematuro provocato, scende in alcune osservazioni concernenti i principali momenti della operazione da lui praticata. È d'opinione che la craniotomia debba ritenersi per una operazione preliminare preparatoria ad altri atti diretti a praticare l'estrazione; perchè non crede che da sola sia sufficiente a ridurre i diametri cefalici, e nemmeno a fare uscire la materia cerebrale (come ha osservato in questo ed altri casi) senza che le ossa vengano compresse contro le ossa pelviche dalle contrazioni uterine, che il più spesso mancano, o da una *vis a fronte* o dal cefalotribo. Ritiene inoltre che talora si possa omettere la craniotomia ed aversi una riduzione sufficiente della testa ed estrarla (come gli è accaduto una volta con la massima semplicità e innocuità) impiantando un uncino acuto sulla squamma dell'occipitale. Si loda del forcipe Guyon e lo riconosce per un ottimo cefalotrittore avendo in questo caso soddisfatto al principale scopo effettuando benissimo la compressione della testa, nè scivolando in alcun senso su di essa, e dimostrandosi anche valido strumento di trazione. Se fallì lo scopo lo si dovè alla gravità del vizio pelvico che rendeva insormontabile l'ostacolo dei diametri della base presentantisi

in pieno sullo stretto superiore. Questo fu vinto facilmente dal cranioclaste del Braun per la proprietà a lui tutta speciale di volgere, per l'azione eccentrica che gli è propria, di scancio un lato della base e facendole attraversare il restringimento seguendo una legge generale che può esprimersi così: *perchè un'asta rigida attraversi un cerchio di un diametro minore della sua lunghezza, bisogna che penetri in questo con una estremità e di tanto l'oltrepassi da diventare minore o almeno eguale al diametro del cerchio stesso.*

E tanto più attribuisce al cranioclaste del Braun il successo ottenuto in quanto che gli altri mezzi che potevano sostituirlo erano in quel caso o impraticabili (rivolgimento, uncino) o pericolosi (cefalotriessia ripetuta con o senza trazioni — Payot. —) Circa al modo di applicazione dello strumento preferisce quello per cui venga a far presa in vicinanza o affatto sopra l'estremità posteriore di uno dei diametri trasversi della base, risultando più razionale, come quello che permette d'imitare il meccanismo naturale del parto, ed essendo sempre possibile, come all'opposto non lo è talora il modo insegnato dal Braun, cioè sulla faccia dopo aver deflesso la testa. Accenna finalmente alla innocuità dello strumento rispetto alla madre, alla facilità della sua applicazione, ed ai buoni servizi che può rendere come ottimo mezzo di trazione in tutte le altre presentazioni.

Il Dott. Raffaello Zannetti comunicava un *fatto di Corea in un fanciullo* di 11 in 12 anni, accompagnata da strabismo dell'occhio sinistro e prodotta da paura fatta al medesimo da un guarda boschi; sia con percosse secondo alcuni testimoni, sia con minacce, secondo altri.

La storia anamnestica diceva, che, avanti questo fatto, il malato era stato sano di corpo e di mente, e un maestro di scuola testimoniando il medesimo, asseriva di più che non si era mai potuto accorgere fino a quell'epoca che il fanciullo guardasse male. Lo strabismo era divergente in fuori e leggermente in alto, ma del resto non vi erano disturbi di vista, fuori che un poco di lentezza nell'accomodamento degli atti visuali.

Il Giudice istruttore gli faceva vedere questo ragazzo e domandava se o percosse o minacce avessero prodotto questa infermità, quanto tempo essa sarebbe durata, e se lo strabismo fosse legato all'affezione coreica.

L'oratore ammise la possibilità che la paura avesse potuto suscitare la corea, e che lo strabismo fosse legato alla medesima, quando per testimonianze venisse dimostrato che questo fanciullo non fosse stato nè coreico nè strabico avanti il caso occorsogli nel bosco; che il tempo di guarigione non era determinabile, che sarebbe stato lungo e anche un poco legato ai mezzi di cura che fossero adoperati; che lo strabismo sarebbe in seguito potuto rimanere permanente per viziosa contrazione muscolare acquisita.

L'ha rivisto sempre per conto del tribunale, e l'ha trovato migliorato ma non guarito, osservando però che lo strabismo pareva tenere andamento simile alla corea.

Studiava poi la questione della predisposizione, stabilendo che secondo lui unica predisposizione in questi casi sarebbe la suscettibilità a risentire gli

effetti della paura, ovvero la impressionabilità individuale, la quale non si misura.

È quindi aperta la discussione sulla comunicazione del Dott. Boncinelli.

Il Dott. Grassi ringrazia della comunicazione stessa, perchè mostra che anche fuori delle Cliniche si compiono atti operatorii importanti. Ciò si deve pure alla facilità con cui si può adoperare il cranioclase del Braun, in confronto degli altri cranioclasti più o meno antichi, come è accaduto per i forcipi. Però tal cranioclase mentre ha la branca interna di facile applicazione, ha la esterna che si applica peggio sulla testa fetale di una branca del forcipe, o del cefalotribo. Crede che diminuire lo spessore della branca e aumentarne la larghezza basti e non sia pericoloso ed è ciò che pensa di compiere l'oratore.

Il Dott. Boncinelli concorda circa l'importanza della diffusione del cranioclase del Braun nella pratica privata, ma per la difficoltà di applicazione nel proprio caso non se n'è accorto, specialmente perchè l'ha applicato sulla superficie craniense, invece che sulla faccia, che è scabra ed irregolare e (prendendo occasione dalla discussione attuale) dice che egli ha l'avvertenza, nel dirigere le branche degli strumenti simmetrici, che i due bordi delle cucchiaja non scivolino insieme nella mano, ma alternativamente ed oscillando; allora si toglie l'inconveniente di procedere a sbalzi, e si penetra più facilmente.

Aperta la discussione sulla memoria Zametti, il Dott. Coloni dice che la consociazione dello strabismo e della corea, convalida la origine cerebrale di questa e rende probabile che potesse dipendere da paura.

La Seduta è chiusa alle ore 2 e 15 pom.

V° il Presidente

Prof. PIETRO BURRESI.

Il Vice Segretario

Dott. A. BIANCHI.

ADUNANZA PUBBLICA DEL 3 GIUGNO 1883

(Ottava ordinaria dell'anno Accademico 1882-83).

Presidenza del Prof. PIETRO BURRESI, Presidente..

Ordine del giorno:

- 1° TAFANI Dott. ALESSANDRO. *Di un fenomeno nuovo e della sua probabile importanza nello studio delle malattie dei bambini.*
- 2° PELLIZZARI Dott. CELSO. *Presentazione di alcuni casi di lupus della faccia curati con le scarificazioni.*
- 3° BURRESI Prof. PIETRO. *Trasfusione sanguigna peritoneale in un caso di anemia perniciosa.*

Sono presenti i Soci Conservatori: Dott. Banti, Dott. O. Bertini, Dott. A. Bianchi, Dott. Boncinelli, Professor Burresi, Dott. Celoni, Prof. Del Greco, Dott. Fano, Dott. Faralli, Prof. R. M. Levi, Prof. Luciani, Dott. Marcacci, Dott. Nesti, Prof. Paganucci, Dott. Adolfo Paggi, Prof. Paoli, Dott. Tafani, Dott. T. Tommasi, Dott. Urbino.

L'Adunanza è aperta alle ore 12 e mezzo pom.

Letto ed approvato il processo verbale della precedente Seduta, si passa all'ordine del giorno.

Il Dott. **Tafani** prende la parola. Egli rammenta che altra volta avea trovato le fratture simmetriche delle coste, come mezzo per diagnosticare la sifilide congenita. Oggi con l'esame microscopico del sangue ha potuto trovare dei fatti assai importanti. Tal esame è assai difficile e richiede almeno un'ora di tempo per ogni malato, a causa della molteplicità delle ricerche. L'oratore avverte servirsi per questo esame del sangue puro, senza aggiungervi altra sostanza: ora i globuli rossi nucleati del sangue non prendono parte alla composizione delle pile dei globuli rossi comuni, e perciò restano nei laghi ripieni di siero insieme ai globuli bianchi.

Su 140 bambini scelti a caso dai primi giorni di vita a qualche anno, ne ha trovati 8 soli con globuli rossi nucleati in circolo, mentre l'Hayem finora li ha veduti nell'adulto solo in 7 casi. Il Dott. Tafani constatò che in 4 casi erano abbondanti, negli altri rari; che in tutti si trattava di rachitismo.

Eccone brevi cenni:

Caso I. Rachitico: figlio di una sifilitica: pesa kilogrammi 5,782. Globuli rossi, 2,914,000; globuli bianchi 3420; emoglobina 45; globuli rossi nucleati abbondanti. Morto per bronchite. Lesioni di rammollimento delle ossa per rachitide: milza del peso di grammi 135.

Caso II. Bambino di mesi 19: illegittimo; infrazione simmetrica delle coste: milza ipertrofica: peso del bambino kilogr. 5,025. Globuli rossi, 3,131,000; emoglobina 48. Globuli rossi nucleati scarsi.

Caso III. Neonato: papule lenticolari a risoluzione centrale: kilog. 2,892. Globuli rossi, 4,495,000. Alla sezione si trovaron le ossa rachitiche con midollo giallo: non coste infrante, nè epifisi gonfie.

Caso IV. Bambino di 3 mesi: eritema e papule ulcerate alle natiche: pesa kilogr. 2,975. Globuli rossi, 2,976,000; emoglobina 47. Globuli rossi nucleati molti; quindici giorni dopo placche mucose. Necroscopia: epatite gommosa e midollo delle ossa roseo. Rachitico.

Caso V. Bambino di 15 mesi: rachitico: kilogr. 3,975,000. Globuli rossi nucleati assai; globuli rossi, 2,232,000. Sezione. Infrazione delle coste; rachitismo; milza gram. 95.

Caso VI. Bambino di 14 mesi: infrazione rachitica delle coste, della clavicola e del femore. Pochi globuli rossi nucleati, kilogr. 4,973,000, globuli rossi 2,418,000. Megliorato.

Caso VII. Bambino di 2 mesi e mezzo. Globuli rossi nucleati abbondanti: dopo sette giorni manifestazioni sifilitiche alle labbra ed ai genitali. Sezione. Midollo osseo giallo; milza grossa; glandule rosse e con cellule globulifere.

Caso VIII. Bambino di 16 mesi. Infrazione costale a sinistra: kilogrammi 3,689,000. Pochi globuli rossi nucleati. Sezione. Milza gram. 102. Tutte le ossa si tagliavano col coltello: midollo loro rosso pallido.

Dalle cose sopra esposte, nonchè dai relativi reperti anatomici, crede il Dott. Tafani di poter dimostrare essere in tutti i casi il solo midollo osseo l'organo emapoietico funzionante Scende poi alle seguenti conclusioni:

I bambini che presentavano i globuli rossi nucleati in circolo eran tutti rachitici.

In quattro era provatissimo il fatto dell'esistenza della sifilide ereditaria.

Il loro rachitismo era sempre nel periodo di rammollimento ed il midollo era giallo rossastro.

In alcuni casi, nei quali non apparivano i segni di questo rachitismo durante la vita, esistevano però i globuli rossi nucleati in circolo:

In questi stessi i globuli rossi nucleati precederono le prime manifestazioni eruttive sifilitiche; ed in questi poi alla necroscopia si trovaron le ossa rachitiche:

La probabilità che i globuli rossi nucleati sieno l'espressione del rachitismo nel periodo di rammollimento, ci può far ricercare se questi esistano nei piccoli bambini e nel caso affermativo potremo sospettare della esistenza di un rachitismo grave che per esser congenito è necessariamente legato a sifilide.

Finalmente è provata la possibilità della provenienza dei globuli rossi nucleati trovati in circolo dal midollo delle ossa anche dagli esperimenti. In un cane smilzato e ripetutamente salassato si trovaron tali globuli ed il solo organo emapoietico, che fosse funzionante si vide alla necroscopia essere il midollo delle ossa.

Prende la parola il Prof. **Burresi su di un caso di trasfusione peritoneale**. Dopo alcune generalità sulle opinioni degli autori in proposito, osserva che le trasfusioni fin qui compiute sono state 26, delle quali, meno le tre del Ponfick, le 5 del Kazorosnki e l'altra del Moasler, tutte sono state in Italia, ma due sole volte nello stesso individuo. Il Concato emise dubbi sui pericoli e sull'efficacia di tale operazione e l'oratore tende a stabilire lo stesso.

Anamnesi. Carlo Selci, campagnolo; padre morto di cancro gastrico: madre sana: vajolo ai 12 anni. Nel febbrajo 1881 diarrea per 15 giorni dopo bevuta acqua putrida di un fossato. Epistassi abbondante per 5 ore, nel marzo 1882. Spossatezza consecutiva e 6 dì dopo altra epistassi, ma lieve. — Pel cibo deficiente rimase pallido ed estenuato. Nessuna cura. Altre due epistassi discrete nel marzo 1883. Debolezza progressiva: nessuna macchia cutanea precedente, non alterazioni gengivali, nè orina sanguigna. Appetito buono, peso epigastrico: dejezioni normali: tosse con escreato mucoso. Nessun abuso. Abitazione umida, vitto scarso e cattivo.

Stato attuale. Costituzione robusta: nutrizione deficiente: cute bianco terreo: edema palpebrale, mucose anemiche, lingua biancastra, denti cariati, otite a destra: battito arterioso al collo, torace normale; impulso cardiaco debole, celere, frequente, regolare nel 4° spazio presso la sternale sinistra. Addome indolente, teso, con esfoliazione epidermica: lievi edemi degli arti inferiori: muscoli flaccidi. Suono polmonare esagerato e più esteso del normale anter.: poster.: ipofonesi nei $\frac{2}{3}$ inferiori. Area relativa del cuore normale; area assoluta con i lati di centim. 10 $\frac{1}{2}$, e la base di centim. 12 $\frac{1}{4}$. Fegato un po' ingrandito; milza misura 8 centim. verticalmente e giunge in avanti alla ascellare anteriore.

Il respiro era ruvido, con grossi rantoli anter.: poster.: pure respiro ruvido con abbondanti rantoli nei $\frac{2}{3}$ inferiori. Soffii dolci su tutti i focolaj, più intensi ai vasi del collo.

Assopimento; intelligenza integra; sensibilità e moti riflessi normali. Midriasi; cristallino un po' opacato.

Diaria. L'esame del sangue diè le seguenti cose: Globuli rossi incolori, deformi, stellati o ellittici; grado citometrico mancante. Globuli rossi 86,800: globuli bianchi 3596. Tre globuli rossi nucleati. Nelle fecce solo detriti alimentari. Le urine emesse variarono dai 700 ai 1600 c. c. al giorno: gialle rosse, acide, dense da 1010 a 1016, con pigmenti, cloruri, fosfati alcalini, ed urati normali, con scarsità di fosfati terrosi e di solfati, con urea oscillante da 8,96 a 9,10 $\frac{00}{100}$.

La temperatura oscillò fra i 37° C ed i 39,5°, in media verso i 38°. Il polso da 78 a 109 battute al 1'. Il respiro segnò da 20 a 35 al 1'.

Appetito scarso, dejezioni liquide, epistassi discreta il 18 aprile; insonnia, debolezza, sopore, lieve delirio da prima, poi calma, e verso il 18 aprile lieve miglioramento di questi fenomeni. Cura ricostituente ed emostatica.

Operazione. Era evidente l'anemia grave, essenziale e primitiva; escluso lo anchilostoma come cagione. Si prescrisse la trasfusione del sangue nel peritoneo.

Si iniettarono un 250 gram. di sangue s fibrinato, adoperando il metodo

antisettico, in 20'. Si ebbe subito dopo dolore locale e quivi lieve ipofonesi. Il malato non soffrì nulla, ma nel giorno fu inquieto e la temperatura salì a 39,8 C. Nei due giorni seguenti l'appetito fu buono il dolore crebbe, la tosse era rara, e si sentì rumore di sfregamento addominale: poi la febbre decrebbe e due dì dopo scomparve. Morì otto giorni dopo.

L'esame del sangue per l'emoglobina si fece ogni due ore nella prima giornata, poi ogni 4: non si ebbe mai un grado ben chiaro di emoglobina, ma nei primi due esami del primo giorno sembrò aversi lieve opacamento della fiammella. Pei globuli si ebbe un valido decremento per la febbre, poi tornarono come prima. Le orine oscillarono dai 1000 ai 2020 c. c. in 24 ore, di densità da 1014 a 1016 con urea da 6,14 a 12,81 ‰, ed ebbero un lieve aumento di pigmenti.

Necropsia. Le pareti addominali nel lato ove fu fatta la puntura per la trasfusione erano della grossezza di centim. 3 a centim. 3 1/2; nel lato opposto di 1 centim. e 1/2. Il tramite della puntura non era visibile, e solo la cicatrice cutanea. Il grande omento adeso alla fossa iliaca destra, duro, fibroso, con briglie. Fegato kilogr. 2,100, grassoso; milza gram. 370 con parenchima molle. Pancreas sano. Reni, intestini, meningi, cervello anemici. Glandule linfatiche arrossate. Midollo osseo di color roseo, duro, facilmente distaccabile in massa. Nel cavo peritoneale gram. 40 di liquido roseo, contenente pochi globuli rossi, pochi globuli bianchi, poche cellule endoteliali con due o tre globuli rossi.

Il midollo osseo avea molti globuli rossi sani a vario diametro, alcuni globuli bianchi, grossi, polinucleati, pochi globuli rossi nucleati, molte cellule globulifere contenenti fino 16 globulini, grosse cellule endoteliali affusate.

Nella milza molti globuli rossi e bianchi, molte cellule globulifere, pochi globuli rossi nucleati. Nelle glandule linfatiche molti globuli rossi e cellule linfatiche e globulifere. Nel sangue mancavano e queste ed i globuli rossi nucleati.

I nervi ed i gangli del simpatico cervicale ed addominale non alterati: nei gangli alcune cellule linfoidi infiltrate.

Nei reni, aumentati i nuclei perivascolari dei glomeruli. Quindi negli organi ematopoietici queste funzioni o erano mancanti o debolissime; vi era di più trattenimento dei globuli rossi, e forse distruzione esagerata di questi.

Perciò la morte avvenne per anemia e non per la lieve peritonite transitoria, come mostrarono i lievi dolori per 5 giorni, la passeggera ipertemia di 30 ore, la ipofonesi e il rumore di sfregamento. In questo caso adunque la trasfusione non produsse il menomo effetto.

L'Autore non crede ciò esser costante, ma in questo caso fu inutile. La causa di questo non dee riporsi nella poca quantità del sangue eguale a quello adoperato dal Golgi, dal Raggi, dal Turati, dal Silva e dal Lanza; ma nella condizione del midollo delle ossa, della milza, delle glandule, per cui questi organi aveano funzioni mancanti e debolissime, non atte a ravvivarsi pel sangue trasfuso, ma piuttosto a distruggere i globuli rossi, senza esser atti a riprodurli.

Quindi l'oratore conclude darsi casi di grave anemia essenziale nei quali la trasfusione peritoneale è inutile affatto.

Il socio Dott. Celso Pellizzari presenta tre ammalate di *lupus della faccia* che egli ha curato nella Clinica Dermopatica con le *scarificazioni lineari*. Comincia coll'avvertire come questa terribile e strana malattia abbia per caratteristica di guarire spontaneamente, però dopo lunghissimo tempo, a prezzo di gravi deformazioni e sempre in modo incompleto lasciando cioè sempre il seme del male. I dermatologi, visto che i rimedi d'uso interno erano insufficienti, da lungo tempo hanno rivolto tutto il loro studio alla cura locale, cercando con l'opera loro di precorrere, di accelerare e di migliorare il processo di riparazione naturale. Di qui l'applicazione dei caustici e dei veri e propri mezzi chirurgici.

I metodi più vantati, cominciando dal fuoco e dalle varie paste escarotiche fino alle cucchiajette del Volkman, hanno tutti l'inconveniente di dare una cicatrice spesso non bella, talora quasi così deforme, come quella che accade, dopo un tempo più lungo, per la riparazione naturale.

Il processo delle scarificazioni lineari è stato proposto dal Balmanno-Squire e volgarizzato, per così dire, dal Vidal, dal quale il Dott. Pellizzari l'ha veduto eseguire con splendidi risultati nel 1878.

La prima donna affetta da quella varietà di *lupus* chiamato, forse con non troppa proprietà di linguaggio anatomico, *acneico* è malata da 6 anni alle guancie e da circa due anni al naso ed ora viene licenziata, in apparenza almeno, completamente guarita.

Venuta nello Spedale il 27 dicembre 1883, fu presa in Clinica nel febbraio scorso e dal 23 di tal mese al 25 maggio è stata sottoposta a 7 scarificazioni praticate contemporaneamente su tutti i punti malati ed altre 7 nei focolaj ove la malattia era più profonda. Soltanto in corrispondenza dei pomelli ove il coltellino scarificatore penetrava entro un focolajo di tessuto lupo molto circoscritto, ma profondo oltre 2 centim., volle coadiuvare l'azione del tagliente con quella del nitrato d'argento in cannello introducendolo fino in fondo.

Il Dott. Pellizzari fa osservare come il caso si presti benissimo a dimostrare i grandi vantaggi del metodo delle scarificazioni, perchè abbiano sulla pinna destra, ove la malata fu curata con i caustici, una perdita di sostanza che turba le linee estetiche del naso, mentre a sinistra le linee sono così regolari e l'aspetto dell'epidermide è tale, che non si direbbe che là vi fu un focolajo lupo così grave, che alla prima scarificazione parve si dovesse distaccare una porzione del lobulo.

La seconda ammalata è affetta da una forma di *lupus* ipertrofico del naso, che durò da sei anni con piccoli focolaj isolati sulle guancie, e fu curata altre volte con i caustici. Un ritratto fatto a matita il 2 di aprile, che il Dott. Pellizzari presenta alla Società dimostra all'evidenza come 7 scarificazioni abbiano diminuito enormemente il volume del naso e distrutto quasi in modo assoluto tutti i piccoli noduli luposi. Pur nonostante il Dott. Pellizzari crede di tenere ancora in cura l'ammalata non credendola definitivamente guarita.

Nell'ultima donna si tratta di un caso di *lupus* volgare assai recente, che ha incominciato con tanti punti isolati sul naso e sul labbro superiore da circa due anni. Oggi tutto il lobulo del naso è terminato di tanti piccoli nodulini che danno alle parti una resistenza pastosa. La donna ha avuto paura di sottomettersi alle scarificazioni e perciò dal 7 aprile al 25 maggio fu sottoposta ai più svariati mezzi di cura senza che si ottenesse il più piccolo vantaggio. Finalmente vedendo i grandi vantaggi ottenuti dalle due compagne si è raccomandata perchè le si facessero le scarificazioni. Il Dott. Pellizzari ha presentato questa donna sulla quale non ha fatto che tre scarificazioni parziali, a distanza di due giorni l'una dall'altra; la prima sul lobulo, la seconda sul labbro superiore e la terza sulle pinne nasali; tanto per mostrare l'andamento normale delle incisioni fatte dallo scarificatore. Benchè di contro al lobulo lo scarificatore si affondasse per un centimetro e più e benchè nelle incisioni molto ravvicinate si vedesse il tessuto lacerato in modo, come se una parte del naso dovesse distaccarsi; pure egli crede che il risultato sarà buono come nel primo caso.

Il Dott. Pellizzari chiude la sua comunicazione facendo vedere lo scarificatore del Vidal del quale si è servito e parlando delle particolarità relative alla tecnica del metodo adoperato.

Aperta la discussione sulla memoria del Dott. Tafani, il Dott. Banti propone che tanto di questa, che della memoria del Prof. Burresi si faccia la discussione in una seduta straordinaria.

La proposta è approvata e si fissa perciò il dì 17 giugno. Aperta poi la discussione sulla comunicazione del Dott. C. Pellizzari nessuno prende la parola e la Seduta è chiusa alle ore 2 e mezzo pom.

V° il Presidente
Prof. PIETRO BURRESI.

Il Vice Segretario
Dott. A. BIANCHI.

ADUNANZA PUBBLICA DEL 17 GIUGNO 1883

(Prima straordinaria dell'anno Accademico 1882-83).

Presidenza del Prof. PAOLI, Socio anziano.

Ordine del giorno:

- 1° LUCIANI Prof. LUIGI. *Sulle funzioni del cervelletto. (II^a comunicazione).*
- 2° FANO Dott. GIULIO. *Sui centri automatici bulbari.*
- 3° *Discussione sulle letture fatte dal cav. Prof. BURRESI e dal Dott. TAFANI nella Adunanza ordinaria del 3 giugno corrente.*

Sono presenti i Soci Conservatori: Dott. Banti, Dott. Bianchi, Dott. Boncinelli, Prof. Corso, Dott. Giuntoli, Prof. Luciani, Dott. A. Paggi, Prof. Paoli, Dott. C. Pellizzari, Dott. Tafani, Dott. Tommasi, Dott. Turchini, Dott. R. Zannetti..

L' Adunanza è aperta alle 12 e mezza pom.

Il Vice Segretario comunica che il Prof. Burresi, si scusa di non potere intervenire alla Adunanza e chiede che la discussione sulla sua comunicazione del 3 giugno, sia rimandata alla seduta successiva.

Letto ed approvato il processo verbale, prende la parola il Prof. Luciani, il quale legge le conclusioni della comunicazione del Dott. Fano, che non può esser presente alla Adunanza stessa.

Esso tratta di un nuovo centro automatico nel tratto bulbo-spinale.

Il Goltz nel suo classico lavoro sulle funzioni dei centri nervosi della rana, stabilisce come a questo animale si tolga la capacità di locomuoversi spontaneamente, quando venga privato degli emisferi cerebrali. A questo fatto si suole da tutti annettere una importanza generale, ritenendo, (senza diretta sanzione sperimentale sulle diverse classi di animali) che gl'impulsi spontanei dei movimenti di deambulazione (coscienti o incoscienti che sieno) abbiano sede esclusiva negli emisferi cerebrali. Ma il Dott. Fano attendendo alle sue ricerche sulle cause del ritmo respiratorio, tolto il cervello alle tartarughe sulle quali sperimentava, allo scopo d'immobilizzarle, si avvide che esse invece presentavano dei movimenti di deambulazione, ora continui ora periodici, perfettamente coordinati.

Essendo questo fatto una flagrante eccezione di quanto è stato finora ammesso dai Fisiologi, sulla base specialmente delle ricerche del Goltz, fu assunto da lui come punto di partenza di una numerosa serie di ricerche sulle diverse classi dei vertebrati.

Il Prof. Luciani dà qui un breve cenno dei risultati fino ad ora ottenuti lasciando all'autore lo svolgimento dei medesimi, che farà in una ampia monografia che verrà a suo tempo pubblicata negli Atti di questo Istituto Superiore.

1° Dietro ablazione dei soli *lobi cerebrali* le testuggini (*Cistudo europaea* e *Testudo graeca*) rimangono perfettamente immobili, quando non sieno eccitate, o poste in posizioni incongrue.

Lo stesso fatto si osserva in tutti i rettili e batraci. Così fu verificato nell'*alligator lucius*, nella *lacerta viridis*, nel *podarcis muralis*, nel *placidactilus mauritanus*, nel *tropidonotus natrix*, nel *bufus vulgaris*, nella *rana esculenta*, nel *triton cristatus*.

2° Se alle testuggini oltre agli emisferi cerebrali si estirpano anche i lobi ottici, gli effetti sono ben diversi. Esse presentano poco dopo operate dei movimenti di deambulazione perfettamente coordinati, ora continui ora periodici in diverse direzioni, senza apparente disegno, i quali non cessano che poco prima della morte dell'animale, che può sopravvivere all'operazione anche una settimana, quando sia artificialmente alimentato. Questo stesso fatto si è verificato molto nettamente nei rospi e nei tritoni. È stato anche osservato in una biscia, sebbene con minore nettezza, forse per la forte emorragia che questi animali subiscono per l'atto operatorio. Finalmente anche nella rana, nei rari casi in cui potè sopravvivere qualche giorno dopo l'operazione, si potè osservare lo stesso fatto, sebbene in proporzione assai ridotta.

3° Se oltre i lobi ottici si estirpa nelle testuggini e nei rospi anche la bandelletta rappresentante il cervelletto, non che i due terzi anteriori del midollo allungato, non solo persistono i fenomeni della deambulazione spontanea, ma si mantiene ancora ciò che il Goltz appellò *sensu dell'equilibrio*. Infatti rovesciati sul dorso cercano con adatti movimenti di raddrizzarsi, e dopo alcuni tentativi vi riescono.

4° Se mentre la testuggine o il rospo privati degli emisferi e lobi ottici, o anche del cervelletto camminano, vengono eccitati, scossi o presi in mano bruscamente; essi si arrestano per un tempo più o meno lungo, che talora può oltrepassare la mezz'ora, per poi riprendere i loro soliti movimenti di deambulazione.

5° Non esiste alcun nesso o rapporto tra i suddetti movimenti deambulatori e i movimenti della respirazione. Spesso infatti si è osservato nelle tartarughe una respirazione ritmica normale con locomozione periodica, e viceversa una respirazione periodica con locomozione continua. Nei rospi poi si è osservato (come fatto costante) la respirazione ritmica, e la locomozione a periodi.

6° I tentativi finora praticati per estendere queste ricerche anche alle classi dei vertebrati superiori, vale a dire ai mammiferi e agli uccelli, si

limitano a due esperimenti su cagnolini neonati e ad uno sul piccione. Se con un taglio trasverso si recide il bulbo dalla protuberanza anulare, penetrando pel cervelletto; tanto nel cagnolino che nel piccione; si osserva colla persistenza del movimento ritmico respiratorio, l'abbandono immediato dell'animale su di un lato con completo rilasciamento di tutti i muscoli; ma periodicamente e ad intervalli di 10 a 15 minuti, si avvertono movimenti clonici alterni delle quattro membra, di tal forma, che se gli animali avessero la forza di tenersi diritti, ne risulterebbe una locomozione rapida abbastanza coordinata.

Da questo insieme di fatti che saranno largamente esposti e ben documentati nel lavoro del Dott. Fano, si possono fin d'ora trarre le seguenti conclusioni dottrinali:

a) Nel tratto compreso dal midollo spinale e dal terzo inferiore del seno romboidale, esiste un centro automatico finora sconosciuto da cui partono ritmicamente gl'impulsi pei movimenti della deambulazione.

d) I lobi ottici esercitano un'azione tonica inibitoria sul detto centro.

c) Gli emisferi cerebrali in forma di volontà sono capaci di attenuare o rimuovere l'azione inibitrice dei lobi ottici, e rendono in tal modo possibile lo sviluppo delle energie del centro automatico bulbo-spinale.

b) Il fatto che delle impressioni relativamente leggere valgono ad arrestare per un tempo talora assai lungo i movimenti di deambulazione compiuti dalle tartarughe o dai rospi completamente scerebrati, dimostra che nel sistema bulbo-spinale esistono le condizioni della memoria (sia essa cosciente o incosciente) delle impressioni subite.

e) Il fatto che sia nelle testuggini, che nei rospi, l'estirpazione della bandelletta cerebellare, non che dei due terzi superiori del bulbo, non abolisce il *senso dell'equilibrio*, mostra erronea la dottrina del Goltz che localizza detto senso nel cervelletto e del Vulpian che l'ammette nel tratto bulbare corrispondente alla protuberanza anulare degli animali superiori.

Il Prof. Luciani fa quindi la sua seconda comunicazione *sulla fisiologia del cervelletto*; dividendola in tre parti.

I.

In questa ricorda i fenomeni presentati dal cane sopravvissuto alla estirpazione completa del cervelletto, del quale tenne discorso nella seduta del 2 luglio dello scorso anno. Ne completa la storia fino al reperto necroscopico, e ne presenta l'encefalo indurito che vedesi perfettamente mancante del cervelletto, meno due piccole porzioni simmetriche che contornano e cuoprono i tre peduncoli cerebellari di ciascuno dei due lati.

I fenomeni presentati dall'animale negli otto mesi di vita consecutivi alla estirpazione cerebellare, sono così riassunti dal Prof. Luciani.

1° Immediatamente dopo la estirpazione del cervelletto, si ha *vera incoordinazione* di tutti i *movimenti volontari*, per cui non riesce nè a star diritto, nè a camminare, nè a nuotare, nè a compiere i movimenti adatti per cibarsi.

per rimuovere le cause di sensazioni moleste, ec. Cotesta incoordinazione è costituita dal fatto, che ad ogni impulso a muoversi, l'animale non può reagire che con movimenti di estensione tonica degli arti anteriori e contrazioni degli estensori della colonna vertebrale in forma di opistotono, con forte tendenza a rovesciarsi all'indietro.

2° Dopo circa due mesi dalla mutilazione cerebellare, i fenomeni della incoordinazione scompaiono del tutto nel nuoto, e resta solo nella stazione, nella deambulazione e negli atti volontari isolati, una forma speciale di *atassia* distinta pei seguenti caratteri: a) movimenti clonici, mal fermi, mancanti della *normale fusione, misura, ed energia fisiologica*; b) singolare facilità a stancarsi, frequenti rilasciamenti muscolari durante il cammino, e conseguenti cadute al suolo.

3° Dalla fase della *incoordinazione* a quella dell'*atassia cerebellare* si passa gradatamente e per molti stadi intermedi, a misura che va cessando lo stato morboso consecutivo alla grave mutilazione.

Da questi risultati il Prof. Luciani si limita a trarre la conclusione generale, che bisogna riconoscere nel cervelletto *un organo centrale che ha una speciale importanza, sia per la quantità, che per la forma o maniera di svilupparsi della energia nervosa necessaria a compiere i diversi movimenti muscolari.*

II.

Stabilite queste prime nozioni sperimentali intorno alla importanza fisiologica del cervelletto, egli si propone la soluzione di un altro problema. Da che sono determinate *la incoordinazione e l'atassia cerebellare*? Per quale processo si passa dalla prima alla seconda fase?

A questo scopo presenta un secondo cane a cui ha praticato con pieno successo tre successive operazioni:

1° Al 19 giugno 1882, *l'estirpazione della metà destra del cervelletto*;

2° Al 9 ottobre, *l'eccitamento elettrico e meccanico* e poi *l'estirpazione* profonda dei due giri sigmoidi del cervello, contenenti i centri motori volontari degli arti.

3° Al 2 maggio di quest'anno *l'estirpazione della metà sinistra residua del cervelletto.*

Dopo narrati i fenomeni presentati da questo cane, li riassume nel modo seguente:

1° Dopo guarito dagli effetti della estirpazione della metà destra del cervelletto, l'eccitamento, sia elettrico, che meccanico dei centri motori degli arti della corteccia cerebrale, dà identici effetti tanto a destra che a sinistra.

2° La estirpazione bilaterale di detti centri cerebrali (giri sigmoidi) produce *paresi* delle quattro estremità più accentuata di quella che consegue nei cani aventi l'intero cervelletto.

3° La consecutiva estirpazione della metà sinistra residua del cervelletto produce effetti assai rimarchevoli distinguibili in due fasi; della *incoordinazione* e della *atassia cerebellare*. L'incoordinazione è costituita da un

forte torcimento della colonna vertebrale e della testa a sinistra, e dalla distensione tonica dell'arto anteriore sinistro, per cui diventa impossibile sia la stazione eretta, che la deambulazione e il nuoto. L'atassia si esprime colla grande debolezza dei quattro arti, per cui non riesce a tenersi diritto se non appoggiato al muro o ad un sostegno qualunque, col cadere ogni qual volta tenti di camminare, colle oscillazioni continue della testa e del tronco quando vuol compiere qualche atto volontario. Ma con tutti questi gravi disordini, all'animale è tuttavia possibile il nuoto con perfetta coordinazione, sebbene con energia minore del normale.

Sulla base di questi fatti il Prof. Luciani fonda le seguenti conclusioni:

a) Il cervelletto non è interposto tra le vie di conduzione nervosa centrifuga dal cervello alla midolla spinale, e perciò non potrebbe essere considerato come un organo che elabora gl'impulsi motori volontari che partono dal cervello, per imprimer loro il carattere della coordinazione oppure della forza e misura necessaria ad ottenere l'equilibrio del corpo, la locomozione normale, ec.

b) L'incoordinazione che ha luogo finchè durano gli effetti traumatici della estirpazione del cervelletto, dipende da stato irritativo dei peduncoli cerebellari. Infatti dietro estirpazione in una volta sola dell'intero cervelletto, l'incoordinazione si manifesta con fenomeni di contrattura simmetrica dei muscoli della colonna vertebrale e degli arti anteriori; invece quando si estirpi il cervelletto in due volte, di guisachè siano del tutto cessati gli effetti della prima operazione, quando ci si accinge ad estirpare la seconda metà del cervelletto la incoordinazione si manifesta con contratture degli stessi gruppi di muscoli, ma del solo lato corrispondente alla metà del cervelletto ultimamente mutilata.

c) Col cessare dell'irritazione peduncolare, si passa dalla fase della *incoordinazione* a quella dell'*atassia cerebellare*, la quale ci esprime il disordine motorio che consegue alla soppressione pura e semplice delle funzioni del cervelletto, rimanendo normali tutti gli altri centri nervosi.

d) Si può assolutamente escludere che il disordine motorio della soppressione delle funzioni cerebellari consista nella impossibilità di ben coordinare i movimenti, sia che il processo della coordinazione s'intenda (come forse opinava il Flourens) come una elaborazione degli impulsi volontari che sarebbe effettuata dal cervelletto, sia che s'intenda col Ferrier come un complesso di adattamenti muscolari riflessi, indipendenti dagli impulsi volontari, necessari al mantenimento dell'equilibrio del corpo.

Il fatto che il cane mancante del cervelletto può nuotare, come un sano, con moti perfettamente coordinati, dimostra che la atassia che presentata nella stazione eretta, nella deambulazione e nei singoli atti volontari, non dipende dalla incapacità di bene coordinare i movimenti. L'altro fatto che il cane a cui oltre la funzione del cervelletto sia soppressa anche quella dei centri cortico-cerebrali degli arti, è incapace del tutto a camminare, e perfino a tenersi ritto senza appoggio, mentre riesce perfettamente a nuotare, dimostra che non ha la forza necessaria per sorreggere colle estremità tutto il peso

del proprio tronco, il qual peso nel nuoto diminuisce in proporzione dell'acqua spostata. D'onde segue che l'atassia cerebellare è l'effetto d'una insufficienza di energia nervosa necessaria all'effettuarsi delle comuni funzioni muscolari del cane.

e) Dal confronto dei disordini motori presentati dal cane mancante del solo cervelletto, con quelli più gravi offerti dal cane mancante del cervelletto e dei centri motori degli arti della corteccia cerebrale, non si può concludere che questi ultimi centri suppliscano in parte alle soppresse funzioni del primo. Si è infatti veduto che anche il secondo cane ha la capacità di coordinare perfettamente i movimenti nel nuoto, e se a differenza del primo non riesce nè a camminare nè a tenersi ritto, ciò dipende dall'effetto paretico di moto e di senso cutaneo tuttavia persistente della decorticazione cerebrale. Mentre questo fatto è una novella conferma della *natura sensorio motrice* dei centri degli arti della corteccia cerebrale, vale d'altro lato a mettere in gran rilievo e nella massima evidenza la natura del disordine motorio che consegue alla eliminazione delle funzioni cerebellari.

f) Dal complesso dei fatti finora esaminati risulta il seguente concetto teorico intorno alla fisiologia del cervelletto: *esso è un organo centrale da cui dipende il tono e gran parte della energia nervosa disponibile dagli elementi motori dei muscoli della vita animale.*

III.

Dopo ciò il Prof. Luciani passa ad esaminare gli effetti della *emi-estirpazione cerebellare*, i quali oltre a recare nuovo contributo di fatti a conferma del concetto che l'incoordinazione cerebellare dipenda dall'irritazione peduncolare, si prestano inoltre alla soluzione di un altro quesito: ciascuna metà del cervelletto esercita la sua funzione sulla metà corrispondente del corpo, oppure può funzionare promiscuamente su ambedue i lati?

A risolvere questo quesito presenta un terzo cane, a cui estirpò col suo metodo la *metà destra del cervelletto* il 23 maggio decorso. Descritta ordinatamente la storia di questo animale, ne riassume infine i fenomeni più importanti nel modo seguente:

1°. Nei primi cinque giorni consecutivi alla semiestirpazione cerebellare destra, si ebbero i fenomeni di una modica irritazione dei peduncoli cerebellari destri, vale a dire torcimento dell'asse vertebrale a destra, prevalenza di azione e di forza degli arti sinistri sui destri, giri di maneggio a destra, abnorme sollevamento degli arti di destra nel camminare.

2°. Nei cinque giorni consecutivi, vale a dire dal 30 al 4 giugno, si ebbero fenomeni d'incoordinazione bilaterale (evidentemente per infiammazione della superficie sezionata dal cervelletto rimasto) non differenti da quelli che si ebbero dietro estirpazione totale del cervelletto. Ma interessa notare che i fenomeni irritativi dei peduncoli cerebellari sinistri furono più spiccati che quelli dei peduncoli cerebellari di destra, benchè i primi fossero più distanti dal focolaio flogistico che non i secondi; il che si spiega benissimo per la

estensione maggiore della piaga cerebellare a sinistra comparativamente a quella di destra.

3°. Dal 4 giugno fino ad oggi, cessati i fenomeni della *incoordinazione*, non restano che i fenomeni dell' *atassia* che sono conseguenza della *emi-estirpazione laterale del cervelletto*, i quali fenomeni si possono assai bene analizzare *sui tracciati delle peste*, dai quali si rileva il fatto fondamentale che le anomalie del movimento, non differiscono gran fatto nei due lati del corpo, se si fa eccezione di un leggero grado di sollevamento maggiore dell'arto anteriore destro rispetto al corrispondente sinistro, che si avverte quando l'animale cammina, e di una leggera tendenza a piegare verso destra la testa, tanto quando l'animale cammina che quando nuota.

Da questo fatto trae il Prof. Luciani la conseguenza che *ciascuna metà laterale del cervelletto può esercitare la sua funzione sugli elementi motori e sui muscoli di ambedue i lati del corpo*.

Dietro questo risultato (soggiunge il Prof. Luciani) riesce molto improbabile, che il cervelletto piuttostochè un centro fisiologicamente unico, sia da considerarsi (come fa il Ferrier) come un complesso di più organi o centri funzionalmente distinti, esercitanti cioè la loro influenza su distinte sezioni di elementi motori, corrispondenti a gruppi speciali di muscoli. Ma la soluzione completa di questo quesito sarà argomento di una successiva comunicazione, nella quale saranno anche presentati i reperti necroscopici dei due cani presentati in questa seduta.

È aperta la discussione sulla memoria del Dott. Tafani, letta nella Adunanza del 3 giugno.

Il Dott. Banti crederebbe più opportuno che tale discussione si rimandasse alla Seduta successiva, e lamenta che non siano state illustrate abbastanza le alterazioni anatomopatologiche nella comunicazione del Dott. Tafani.

Il Dott. Tafani osserva che se non si estese su ciò, fu per non render troppo lunga la sua lettura; ma non trascurò tuttavia di far vedere in ognuna delle sue osservazioni che l'organo emapoietico funzionante era il midollo delle ossa, cui quindi era dovuto solo ad esso la produzione dei globuli rossi nucleati.

La discussione sulla comunicazione del Dott. Fano è rimandata alla seduta successiva, mancando l'Autore, e lo stesso si fa per quella sulla lettura del Prof. Luciani.

L'Adunanza è chiusa alle ore 2,15 pom.

V° il Presidente
Prof. CESARE PAOLI.

Il Vice Segretario
Dott. A. BIANCHI.

ADUNANZA PUBBLICA DEL 1° LUGLIO 1883

(Nona ordinaria dell'anno Accademico 1882-83).

Presidenza del Prof. PIETRO BURRESI, Presidente.

Sono presenti i soci conservatori: Banti, Bianchi, Boncinelli, Bottari, Celoni, Corso, Fano, Faralli, Luciani, Marcacci, Paganucci, Paggi A., Pellizzari Celso, Tommasi, Turchini, il socio corrispondente nazionale Prof. Romiti.

L'adunanza è aperta dal Vice presidente Prof. LUCIANI alle ore 1 pom.

Dopo letto ed approvato il processo verbale della seduta precedente ha la parola il Prof. **Burresi** su due casi di *anchilostomiasi*. — Dopo alcune osservazioni storiche, zoologiche e cliniche sull'*anchilostoma* e sulla malattia da essa prodotta, il Prof. Burresi narra la storia di due malati da *anchilostomiasi*, curati nella sua clinica provenienti dalla galleria del Gottardo. — La cura fu eseguita felicemente con timol e con ricostituenti. — Dalla narrazione di questi casi, l'Autore conclude alla anemia causata dall'*anchilostoma* e per spiegare la successiva ricomparsa del parassita in individui apparentemente guariti, crede che bastino poche uova rimaste nel loro intestino per potere in certe date condizioni riprodurre una quantità notevole di parassiti purchè questi si trovino in mezzo a feccie nè troppo solide, nè troppo liquide. — Conclude col credere il timol un ottimo rimedio contro l'*anchilostoma*.

Il Dott. **Banti** non presenta il suo malato a causa delle numerose discussioni da farsi.

Aperta la discussione sulla memoria letta dal Prof. Burresi nell'adunanza del 3 giugno, il Dott. **Banti** richiama l'attenzione sulle alterazioni anatomiche trovate in cotesto caso di anemia. Si videro abbondanti globuli rossi liberi nel midollo osseo, nelle glandule linfatiche e nella milza; questa poi avea l'aspetto simile a quello di un tessuto cavernoso sanguigno, con grandi cavità piene di globuli rossi e di cellule globulifere. Senza indagare se l'anemia dipendesse dalle cellule globulifere distruggenti i globuli rossi, gli sembra utile osservare che questo sangue quivi trattenuto potrebbe spiegare l'anemia stessa. — Un reperto simile relativo alla milza non è stato finora osservato e descritto, nemmeno in altri quattro casi di anemia perniciosa progressiva, osservati dall'ora-

tore. — Quindi conclude che l'anemia perniciosa progressiva non è una entità morbosa distinta, ma un complesso sintomatico, sotto il quale si racchiudono varie forme di anemia mortale, con alterazioni anatomiche diverse e quindi con diversa essenza.

Il Prof. **Luciani** cede la presidenza al Prof. **Burresi**.

Si passa quindi alla discussione sulla comunicazione del Dott. Fano nella seduta del 17 giugno.

Il Dott. **Corso** ripete la descrizione degli esperimenti del Dott. Fano e delle sue conclusioni contrarie a quelle del Goltz e degli altri fisiologi; dice che altri esperimenti di asportazione del cervello delle tartarughe sono stati eseguiti già dal Redi e dal Rolando i quali videro che togliendo il cervello alle testuggini esse si muovevano. — Legge in proposito un passo del Redi. — Parla quindi degli studi del Pflüger sulle rane, dei moti compiuti dai pesci e delle anguille discervellate o decapitate. — Dice come egli abbia largamente confutata la teoria della coscienza spinale che si volle fondare sulla base di cotesti fatti. Legge un brano del suo opuscolo *Le tre cosciense*. — Si maraviglia che il Dott. Fano torni a parlare di fenomeni coscienti in animali scerebrati. — Finisce per concludere che i fatti addotti dal Dott. Fano non siono essenzialmente nuovi, e le conclusioni che ne trae non siono possibili.

Il Dott. **Fano** risponde che non gli sono ignoti i fatti sperimentati dal Redi e dal Rolando sulle testuggini. — Dimostra come essi sieno contraddittorj e poco ben determinati, e come fosse quindi necessario il riprendere questi studii. — Legge un brano del Redi interposto al passo letto dal Dott. Corso, e da questi tralasciato — Si maraviglia come il Dott. Corso lo ponga tra i sostenitori della coscienza spinale, mentre egli non si è affatto pronunziato in proposito. — Rileva infine la confusione fatta dal Corso tra i fenomeni del Pflüger ed altri nella coscienza spinale, rappresentati sempre da movimenti provenienti da stimoli, e i fenomeni da lui accennati sulle tartarughe sui rospi ed altri animali scerebrati consistenti in movimenti spontanei di deambulazione. — Infine presenta alla Presidenza un suo manoscritto in cui sono riportati gli estratti degli autori che si sono occupati dell'argomento da lui trattato.

Il **Presidente** constata che tra questi estratti trovasene uno del Redi ed un altro del Rolando.

Il Dott. **Corso** osserva che il Rolando scrive che le tartarughe senza emisferi e lobi ottici si offrivano più stupide, il che è in aperta contraddizione con quanto sostiene il Dott. Fano.

Il Dott. **Fano** replica che egli invece ha trovato che le tartarughe scerebrate completamente camminano, mentre prive dei soli emisferi stanno ferme. Ciò mostra la novità e importanza delle sue osservazioni.

La discussione si apre quindi sulla comunicazione del Prof. **Luciani** il quale dietro richiesta del Dott. **Corso** ripresenta i due cani, già osservati nella adunanza del 17. giugno.

Il Dott. **Corso** osserva che se l'Operatore era potuto venire alle sue conclusioni, perchè a lui vissero gli animali operati, mentre morirono a tutti gli altri, si fu perchè rimanevano i peduncoli cerebellari. — Ora non conoscendo

, dobbiamo anche a questi ultimi dare la importanza questi peduncoli sono emanazioni del ponte e che la loro eccellenza, perchè in piccol volume posseggono pure asportare grandi parti di cervello o di terata molto quella che si dice funzione di tali orche rimanendo tali peduncoli, non può dirsi estir-

si distinte dallo sperimentatore nei suoi cani: — 1° di sia, delle conclusioni, dei problemi proposti e dei fe- cane; dice che le due fasi suddette non sono giunzione e atassia sono sinonimi. — I moti osservati nel primo cane sono d'origine ignota, perchè se vi fosse stato sarebbe stato costante e invece la estensione totale quando l'animale voleva muoversi. — Nega che motori nel cane con mezzo cervelletto produca effetti laterali, perchè se dal cervelletto, come crede il pro- volta energia nervosa, tolta metà di cervelletto, i muscoli essere atassici o più deboli e contrarsi per l'eccitamento di quelli del lato sano. — Crede che l'osservazione stata non completa e non bene apprezzata.

gna scerebellata, il Dott. Corso osserva che non li arti, ma anzi fenomeni di esagerata azione muscolare o l'esportazione dei centri motori e del cervelletto. — Fra gli stessi fenomeni già descritti dallo Schiff, appunto come questi accenna. — Non dà importanza all'acqua, fatto già dal Rolando sull'anitra e concordanze suddette non aggiungono nulla di nuovo ai fatti del cervelletto. — Propone la nomina di una classe degli animali presentati.

cia coll'osservare che i tentativi critici del Dott. Corso, comunicazione preventiva necessariamente incompleta animali tuttora in osservazione, debbono per lo meno essere fuori di luogo.

è pubblicato il lavoro ciascuno avrà diritto di critica sarà fondata. — Riassumendo le obiezioni più fatte. Corso, vi risponde estesamente, e rettifica i fatti quando lui — male interpretati o intesi dall'oppositore. della necropsia della prima cagna, dice che il che non solo i due monconi dei fasci peduncolari, porzioni più esterne del cervelletto (che diconsi atassiche. Non era sua intenzione di ledere i primi, e impossibile di estirpare i secondi. — È evidente dunque dall'animale non poteva che riferirli alla grandis- estirpato, e ritiene che i fenomeni sarebbero stati normali, se l'estirpazione della parte grigia del cervel-

letto fosse stata completissima. — Avendo date definizioni precise di ciò che intende per *incoordinazione* e per *atassia*, si maraviglia che l'avversario (giuocando di parole) ne faccia un argomento di obiezione. — Per negare che l'incoordinazione dipendeva da irritazione peduncolare gli sembra povero argomento il fatto che le contratture non erano continue, ma si presentavano solo in occasione di movimenti volontari. — Anche il tetano dipende da una irritazione continua con esaltata eccitabilità speciale eppure gli accessi non si producono e ripetono che in occasione di lievi eccitamenti esterni. — Alla obiezione mossa intorno agli effetti dell'eccitamento dei giri sigmoidi nel cane con mezzo cervelletto, risponde deplorando che l'avversario non abbia compreso le condizioni dell'esperimento e le conseguenze che se ne trassero. — Quando si fece l'eccitamento dei centri corticocerebrali le anomalie di movimento per effetto della estirpazione della metà del cervelletto erano scomparse, il che dimostra che ciascuna metà del cervelletto esercita un'azione bilaterale sugli altri centri. — Gli effetti eguali dell'eccitamento dei due giri sigmoidi confermano dette conclusioni e mostrano che gli eccitamenti del cervello non passano pel cervelletto, e che quindi questo centro non è interposto nella via di conduzione cerebrospinale. — Non avendo egli parlato di *paralisi*, ma di semplice *astenia* o debolezza generale e mancanza di fermezza e di fusione nei movimenti della cagna scerebellata, si maraviglia che il Dott. Corso noti che la cagna non sia paralitica, e molto più poi che sia capace di contrazioni più energiche del normale, mentre tutti veggono che la cagna non si regge in piedi e non è capace di fare un passo senza cadere. — Non si preoccupa affatto che il Dott. Corso non annetta punta importanza agli esperimenti del nuoto, gli basta che i fatti in sè stessi siano realmente importanti, e ritenuti tali dai fisiologi.

Intorno alla proposta del Dott. Corso per la nomina di una commissione per fare la necropsia della cagna scerebellata il Prof. Luciani pur respingendo sdegnosamente i motivi della proposta del Prof. Corso, accetta la mozione e propone di delegare al Presidente la nomina della commissione.

Il Prof. Luciani osserva poi esser cosa più facile riscuotere applausi parlando da una finestra che venendo ad esporre la proprie idee in seno alla nostra società, ove è la *crème* dei Professori e dei Medici. Il Dott. Corso risponde ed infine il Presidente chiede, se la Società crede che si debba eleggere una commissione per la necropsia della cagna.

Nessuno alzando la mano per approvare, il Prof. Luciani prega la Società a riflettere che egli riprende per conto suo la proposta Corso, solo ispirandosi alla considerazione che essendo il caso molto importante è assai utile che più persone competenti prendano parte alla necropsia dell'animale. — Prega quindi i Soci ad approvare la proposta.

Rimessa ai voti la proposta è accettata ed è deferita al Presidente la nomina della commissione che così si compone: Dott. Banti, Dott. C. Pellizzari, Dott. Faralli.

Il Dott. Faralli si scusa, dovendo assentarsi da Firenze per un mese almeno.

Il Dott. C. Pellizzari osserva che sarebbe utile mettere in questa commissione il Prof. Paganucci e il Dott. Brigidi.

Il Prof. Paganucci dice che ha troppa fiducia nel Prof. Luciani per fare una inchiesta sul suo operato. Accetta solo per fare piacere al Collega.

Il Prof. Luciani ringrazia.

La commissione è quindi composta del Prof. Paganucci, del Dott. Banti e del Dott. C. Pellizzari.

Aperta la discussione sulla memoria letta dal Prof. Burresi nella seduta presente, nessuno prende la parola e l'Adunanza pubblica è chiusa alle ore 3 $\frac{1}{2}$ pom.

V.º il Socio Aneiano

CESARE PAOLI.

Il Vice Segretario

A. BIANCHI.

I ACCADEMICI

DELLA

MEDICO-FISICA

FIorentina.

ANNO ACCADEMICO 1883-84

Presidente,

Prof. PIETRO PELLIZZARI

Vice-Presidente,

Prof. LUIGI LUCIANI

Segretario degli Atti,

Dott. GUIDO BANTI

Vice Segretario,

Dott. AURELIO BIANCHI

Segretario delle Corrispondenze

Dott. RAFFAELLO ZANNETTI.

SOCIETÀ MEDICO-FISICA FIORENTINA

PRIMA ADUNANZA PUBBLICA DELL'ANNO ACCADEMICO 1883-84

(a di 16 dicembre 1883).

Presidenza del Prof. L. LUCIANI, Vice Presidente.

Sono presenti i Socii: — Corso, Bianchi, Grilli, Adolfo Paggi, Luciani, Boncinelli, Paoli, Zannetti, Bertini, Urbino, Paganucci, Celoni, Marcacci, Tommasi, Levi, Giuntoli, Bargioni ed il Segretario degli Atti.

Aperta l'adunanza a ore 12 $\frac{1}{2}$, il Vice Presidente Prof. Luciani pronunzia il seguente discorso: .

Signori!

La Società Medico-Fisica è in lutto; ha subito una perdita dolorosa, forse la più grave che le potesse toccare: Essa ha perduto in Pietro Burresi il suo migliore ornamento, il membro più operoso e autorevole, il suo Presidente.

È cosa strana che io, che fui forse uno degli ultimi a conoscere personalmente il Burresi, e ad apprezzare da vicino i suoi meriti e le sue virtù, debba oggi, per dovere d'ufficio, rammentarle a voi che da più lungo tempo ne eravate ammiratori. Ebbene, o signori, questa circostanza varrà a mettere in rilievo la benemerenza dell'illustre estinto verso la nostra Società: io infatti non potrei parlare di lui per propria esperienza e con vera convinzione se non in quanto ho potuto conoscerlo ed apprezzarlo qui tra voi, in quest'Aula, nel disimpegno delle sue funzioni di Presidente e di Membro attivo della nostra Società.

Tutti dobbiamo convenire che Pietro Burresi esercitava fra noi un'autorità incontestata, non messa in dubbio da alcuno, riconosciuta da tutti. Nell'ultima seduta segreta della nostra Società, trattandosi della rielezione del Presidente, il Burresi manifestò in termini risoluti il desiderio di essere esentato dall'onorevole ufficio e vi pregava di dare ad altri il vostro voto. Ma voi, o Signori, senza previo accordo, per impulso spontaneo, come avviene quando si decide di cosa evidente e di cui si ha pienezza di convinzione, a

schede segrete lo confermaste nell'ufficio all'unanimità. A questa prova manifesta dell'alta stima e della fiducia generale dei Soci che Egli riscuoteva, l'illustre Uomo piegò riconoscente e commosso; e noi tutti godemmo della occasione che ci si offrì di rinnovare l'omaggio dovuto al suo valore e alla sua superiorità morale.

Come membro attivo della Società egli recava qui i riflessi migliori dei suoi studj e della sua pratica clinica. Mi limito a ricordare come più recenti, le sue importanti comunicazioni intorno al problema tuttora alquanto dubbio, *della guaribilità del diabete*, e l'altra intorno all'*apparente recidività dell'anchilostomiasi*. Non furono che semplici illustrazioni di casi clinici; ma quanto rigore ed esattezza di osservazioni, che analisi chiara, e nel tempo stesso elegante dei quadri morbosi, quale prudenza e circospezione nelle conclusioni! — *Ab ungue leonem*: a me bastò quel poco per formarmi un concetto del suo valore come clinico e della sua efficacia come insegnante.

Che dire delle sue doti come Presidente? La sua calma socratica, la sua pacatezza nel regolare le discussioni, la sua previdenza e prudenza nelle proposte e nei consigli, il suo tatto squisito, la sua imparzialità scrupolosa, lo facevano apparire agli occhi nostri come l'ideale dei Presidenti, come il Presidente nato del nostro Sodalizio. — Da cotesto raro complesso di qualità morali derivava la sua autorità incontestata, il suo prestigio, l'alta estimazione e considerazione in cui era tenuto generalmente, per cui ottenne, specialmente a Siena, un cumulo di onori e di cariche, senza lotte apparenti da parte sua, senza invidia manifesta da parte del pubblico.

In quest'aula medesima o Signori, abbiamo avuto più di un'occasione di apprezzare in Pietro Burresi l'uomo di cuore. Mi basti ricordare la sottoscrizione da lui iniziata tra noi nella scorsa estate per venire in soccorso e alleviare le strettezze economiche di una figlia dell'illustre Puccinotti già suo maestro. Tutti ammirammo in quel giorno il calore (insolito in lui) con cui raccomandò la caritatevole proposta, che egli firmò per primo, obbligandosi per una somma egregia.

Eccovi accennato in poche parole, o Signori, perchè la perdita prematura di quest'Uomo benefico, pieno di operosità e d'intelligenza, che poteva rendere ancora tanti altri segnalati servigi al suo paese, alla scienza, alla umanità, sia una sventura per tutti, un lutto grave per la nostra Società.

Io propongo, o Signori, come un omaggio alla venerata memoria dello estinto, di autorizzarmi ad inviare alla Vedova e Famiglia sconsolata una lettera di condoglianza a nome della nostra Società.

Il Dott. **Bianchi** chiede di potere aggiungere alcune parole intorno al Prof. Burresi a quelle dell'onorevole Vice Presidente. — Considera in questa lettura il Burresi sotto il triplice aspetto di Clinico, di Scrittore e di Maestro. Dice che come clinico il Burresi seguì il Bufalini, ma non si contentò di fondare la clinica sul solo esperimento, sibbene anche sulla tradizione. — Constata come il Burresi cercasse più che altro nello studio accurato dei malati i mezzi di ben dirigere la diagnosi e la cura: riporta a questo proposito alcune parole dell'illustre estinto.

Come scrittore il Burresi aveva pura l'eloquenza, era convincente ed esatto. — Rammenta i suoi principali scritti e constata che era seguace vero del progresso scientifico.

Nello insegnamento adoperò il metodo di eliminazione e lo storico-genetico; volle che l'esame del malato fosse completo, minuto ed esatto e che la diagnosi si fondasse su tutte le osservazioni anamnestiche e fisiche raccolte. Dice che la migliore conferma della bontà del suo metodo sono i numerosi allievi suoi, e afferma che in essi la memoria del Burresi durerà quanto la vita.

Conclude: propongo perciò che un busto almeno in gesso sorga qui nel locale delle nostre adunanze a spese della Società, perchè in tal modo ci sembrerà di avere il Burresi ancora fra noi a testimone, a giudice e moderatore delle nostre discussioni scientifiche.

Il Dott. **Tommasi** domanda perchè questa Commemorazione del professore Burresi non figuri nell'ordine del giorno.

Il Vice Presidente replica che ciò dipende dalla consuetudine di mettere nell'ordine del giorno solo i titoli delle letture scientifiche. Del resto, tale Commemorazione figurerà nel verbale della presente Adunanza.

Il Dott. **Grilli** domanda che la proposta del Prof. Luciani venga così modificata: invece di dire « la Società autorizza il Vice Presidente a scrivere « una lettera di condoglianza alla famiglia dell'illustre estinto a nome della « Società medesima » si dica « La Società fa plauso e si associa al Vice Presidente nell'esprimere la sua condoglianza alla famiglia ec. »

La proposta così modificata viene approvata all'unanimità.

La proposta del Dott. **Bianchi** viene rinviata alla Deputazione Conservatrice.

Viene data lettura del Processo verbale dell'ultima Adunanza.

Avendo il Vice Presidente Prof. Luciani domandato se alcuno abbia in proposito osservazioni da fare, il Dott. **Corso** chiede la parola.

Il Prof. Luciani cede la Presidenza al Socio più anziano Prof. C. Paoli.

Il Dott. **Corso** dichiara che il Processo verbale non è esatto in alcune parti e domanda che vi vengano inserite alcune frasi pronunziate dal professore Luciani.

Il Dott. **Banti** dice che all'epoca dell'ultima adunanza non essendo ancora Segretario, il Processo verbale è stato redatto dal Vice Segretario dottor **Bianchi**; invita quest'ultimo a fornire al Dott. **Corso** gli schiarimenti opportuni.

Il Dott. **Bianchi** dice che i Processi verbali non sono stenografati ma sono solo il riassunto delle cose più importanti dette nelle sedute della Società. Perciò egli non ha riferito in esteso la discussione sorta fra il Prof. Luciani e il Dott. **Corso**, omettendo in special modo tutto ciò che di personale poteva ravvisarsi nella medesima.

Il Prof. **Levi** dice non esser decoroso inserire nei Processi verbali quelle frasi personali ed offensive che potessero sfuggire ad un socio e chiede che la Società deliberi non doversi inserire nei Processi verbali se non quanto è

strettamente collegato agli argomenti scientifici trattati nelle Adunanze della Società.

Il Dott. **Tommasi** si associa alla proposta del Prof. Levi, ma dichiara che tale proposta non si può riferire che ai Processi verbali futuri e non già a quello presente, nessuna deliberazione avendo effetto retroattivo.

Il Dott. **Grilli** dice in questo caso trattarsi solo di un socio il quale chiede al Segretario di completare in un punto il Processo verbale e che perciò spetta al Segretario dichiarare se egli accetta o no l'emendamento al Processo verbale proposto dal Dott. Corso.

Il Segretario Dott. **Banti** dice che non avendo redatto il Processo verbale e non ricordando precisamente tutte le parole e frasi pronunziate in un'Adunanza di quattro mesi fa, lascia alla Società il decidere se debba o no emendare il Processo verbale nel modo voluto dal Dott. Corso.

Il Dott. **Corso** replica che altri presenti all'Adunanza del 1° luglio potranno attestare se veramente il Prof. Luciani pronunziasse quelle frasi che egli chiede vengano inserite nel Processo Verbale. Del resto se ne appella al Prof. Luciani stesso e gli domanda se veramente pronunziasse le frasi suddette.

Il Prof. **Luciani** riconosce la verità di quanto asserisce il Dott. Corso, modificando solo leggermente nella forma una delle frasi riferite da lui. Dice esser sempre disposto ad accettare la responsabilità non solo delle sue azioni, ma anche delle parole sfuggitegli nel calore dell'improvvisazione.

In seguito a tale dichiarazione il Processo Verbale viene approvato dopo fatta l'aggiunta richiesta dal Dott. Corso.

Il Segretario dà lettura di una lettera in data del 26 luglio 1883, indirizzata al Presidente della Società Medico-Fisica, Prof. Burresi, con la quale dà le proprie dimissioni la Commissione nominata dal Presidente medesimo, dietro invito della Società, allo scopo di eseguire l'autopsia di una cagna scerebellata, presentata dal Prof. Luciani; Commissione composta del Professore Paganucci, Dott. C. Pellizzari, Dott. Banti. Dà poi lettura del seguente Processo verbale redatto dalla Commissione medesima.

PROCESSO VERBALE di quanto operò la Commissione nominata dalla Società Medico-Fisica Fiorentina per eseguire l'autopsia di un cane presentato dal Prof. Luciani.

Nell'Adunanza del 1° luglio 1883 della Società Medico-Fisica Fiorentina, dietro proposta del Dott. Corso accettata dal Prof. Luciani, veniva dal Presidente della Società stessa, Prof. P. Burresi, nominata una Commissione allo scopo di procedere all'autopsia di un cane presentato dal Prof. Luciani e da lui operato d'estirpazione del cervelletto. A far parte di questa Commissione furono dapprima designati i Dottori Faralli, Pellizzari e Banti: per il rifiuto del Dott. Faralli, costretto ad assentarsi da Firenze, venne in suo luogo, per proposta del Dott. Pellizzari, scelto il Prof. Paganucci. Dovendo per altro il Prof. Luciani allontanarsi da Firenze per motivi di salute, l'autopsia fu mandata alla seconda metà di luglio.

Il 10 luglio il Dott. Corso scriveva la seguente lettera al Prof. Burresi che la rimetteva alla Commissione.

« *Illustrissimo Sig. Presidente :*

« Facendo la proposta che una commissione della Società Medico-Fisica
« esaminasse prima vivi e poi morti i cani senza o con metà del cervelletto
« non intesi di escludere me stesso.

« Io desidererei che Ella ed il Prof. Pellizzari Giorgio fossero aggiunti
« alla Commissione e si capisce perchè.

« Sperando che Ella mi farà sapere il giorno e l'ora che la Commissione
« si recherà al Laboratorio di Fisiologia per il detto fine — affinchè io pure
« possa andare, la ringrazio del favore. »

Firenze li 10 Luglio, 1883.

Suo Devmo.
CORSO FRANCESCO.

Nella lettera precedente tre sono i punti che debbono prendersi in particolare considerazione.

Il primo è relativo ad una inesattezza contenutavi. A dire del Dott. Corso la Commissione avrebbe dovuto esaminare da vivo e da morto il cane presentato dal Prof. Luciani: invece i sottoscritti ritengono che unico mandato della Commissione fosse di eseguire l'autopsia del cane e redigere il processo verbale delle alterazioni trovate. E che ciò sia vero è reso manifesto anche dalla discussione sorta in seno alla Società e in special modo da quanto disse il Dott. Pellizzari, cioè che « trattandosi di una questione puramente anatomica e anatomo-patologica, era utile che un Anatomico facesse parte della « Commissione; » parole dietro le quali al Dott. Faralli dimissionario venne sostituito il Prof. Paganucci. D'altra parte nessuno dei sottoscritti avrebbe accettato il mandato qualora avessero dovuto praticare l'esame dei fenomeni morbosi presentati in vita dal cane, riconoscendosi essi affatto incompetenti in simile campo, ove si richiede una tecnica speciale, molto differente da quella in uso nelle ricerche cliniche. Su questo argomento quindi il Dottore Corso spostava in parte la questione, spingendo oltre i limiti primitivi il mandato conferito alla Commissione.

Il secondo punto da prendersi in esame nella lettera del Dott. Corso è la domanda da lui fatta di presenziare l'autopsia. Per verità ciò sorprese alquanto i sottoscritti, poichè essendo stata nominata la Commissione con lo scopo di giudicare in un dissenso insorto fra il Prof. Luciani e il Dott. Corso, era supponibile che essa dovesse compiere il suo mandato fuori della presenza delle due parti interessate, e che perciò dovesse senza di loro eseguire l'autopsia, redigerne il processo verbale, mantenere i pezzi patologici in un liquido conservatore, per poi presentare il tutto alla Società Medico-Fisica nella sua prima Adunanza. Nondimeno i sottoscritti non opposero alcuna difficoltà a che il Dott. Corso fosse spettatore dell'autopsia e solo deliberarono di attendere

il ritorno del Prof. Luciani per invitarlo ad assistervi esso pure, se tale fosse stato il suo desiderio.

Ma il fatto più grave contenuto nella lettera del Dott. Corso era la domanda che altri due Membri, i Professori P. Burresi e G. Pellizzari, fossero aggiunti alla Commissione. Tale pretesa (manifestata non al momento in cui fu nominata la Commissione, ma dieci giorni appresso) poteva essere interpretata in un modo solo, cioè che il Dott. Corso diffidasse della Commissione nominata e la ritenesse incompetente o per capacità o per imparzialità di giudizio. Per tale prova di sfiducia la Commissione, accorgendosi di non possedere più quella autorità che era in diritto di attendersi e senza la quale il suo mandato riusciva vano, pensò a dimettersi immediatamente: però, dopo matura considerazione, il desiderio di evitare ulteriori attriti e di non lasciare pendente una questione sollevata in seno alla Società Medico-Fisica, l'indussero a sopassedere alquanto e a tentare prima tutti quegli sforzi conciliabili con la propria dignità che le avessero permesso di rimanere in ufficio e menare a fine il mandato conferitole.

Frattanto essendo ritornato il Prof. Luciani in Firenze, i sottoscritti si recarono presso di lui il 25 luglio, gli comunicarono la lettera del Dott. Corso e l'invitarono ad assistere esso pure all'autopsia. Però il Prof. Luciani dichiarò « non avere niente ad opporre a che il Dott. Corso assistesse in qualità di spettatore all'autopsia; egli però per delicatezza non acconsentire ad esservi presente ed anzi pregare che l'autopsia stessa si facesse in altro luogo fuori del Gabinetto di Fisiologia. »

I sottoscritti allora deliberarono che, malgrado l'assenza del Prof. Luciani, il Dott. Corso avrebbe potuto presenziare l'autopsia.

Ma a causa della prova di sfiducia manifestata dal Dott. Corso verso la Commissione, i sottoscritti crederono di non potere condurre a termine il mandato e recedere dalla determinazione presa di dimettersi, se non a patto di associarsi altri due Membri, sulla cui competenza non fosse da sollevare dubbio, i quali dovessero eseguire l'autopsia del cane e redigerne il relativo processo verbale. Avendo già rifiutato, malgrado l'invito del Dott. Corso, i Professori Burresi e Pellizzari di fare parte della Commissione, i sottoscritti si rivolsero ad altri, fra cui ai Prof. Targioni-Tozzetti e Cavanna. Tutti però, preso cognizione dei fatti, ricusarono in modo assoluto di fare parte della Commissione dichiarando che, dopo il rifiuto dei Professori Burresi e Pellizzari designati dal Dott. Corso, la sfiducia manifestata verso la Commissione medesima si sarebbe estesa inevitabilmente a tutti coloro che questa avesse scelto in qualità di Membri aggiunti.

Vedendo così andare fallito l'unico mezzo che sembrava permettere alla Commissione di esaurire senza scapito della propria dignità il mandato ricevuto, i sottoscritti deliberarono di rassegnare le loro dimissioni al Presidente della Società Medico-Fisica, il che fecero con lettera in data del 26 luglio 1883.

3 Agosto 1883.

Prof. L. PAGANUCCI
Dott. C. PELLIZZARI
Dott. G. BANTI.

Il Dott. Corao chiede la parola e dice le seguenti parole:

Nel primo giorno del mese di luglio passato critica i gli esperimenti sul cervelletto fatti nel laboratorio fisiologico di Firenze. L'autore da me criticato rispose in modo da insinuare nell'animo altrui l'opinione che nel fare quella critica mi muovesse quasi un cieco istinto di opposizione sistematica, e peggio ancora odio alle persone e la prava intenzione di sfrondare gli allori, che talvolta Minerva e Apollo mettono intorno alla fronte degli scienziati.

Accusa gravissima è questa, signori miei, che se fosse stata minimamente provata, avrei meritato il disprezzo, ma non la vostra commiserazione, e d'essere preso, legato e condotto all'Ospedale di San Bonifacio sotto la cura del dottor Grilli. Soltanto un forsennato poteva venire qui dentro armato di sofismi, certo di trovarvi gente di così gramo intelletto, che il parlare inferiore dei Cherefonti avrebbe preso per vangelo scientifico e di nuocere così ad una persona.

*La meretrice che mai dall'ospizio
Di Cesare non tolse gli occhi putti,
Morte comune e delle corti visio;*

cioè l'invidia che l'altrui bene vuole distruggere, delle corti segue gli usi; dei cortigiani grandi o piccoli, spregevoli sempre, prende i modi e l'umile aspetto sorridente bugiardo; ricorre al « *monstrum horrendum et ingens, ficti pravique tenax nuntium* » descritto da Virgilio, alla cattiva fama, la calunnia è di giorno, fra le tenebre, nelle conversazioni, nei conviti cose turpi narra dell'uomo che vuole perdere. Questa furia, signori miei, non è mai entrata nella mia povera casa nuda di quadri e di domestiche vergogne. Così avido sono del vero, e così nemico mi sento di ciò che pare e non è che lo combatto con tutte le mie forze anche con mio danno e a viso aperto. E a viso aperto qui venni a dire cose che tutti i presenti potevano giudicare: cose che poscia avrei pubblicate per le stampe, e, se ne valeva la pena sarebbero state giudicate da chi si cura di questioni scientifiche. Se non bontà d'animo e un poco di pudore, almeno egoismo mi avrebbe sconsigliato dal mal passo, intempestivo, ridicolo. I signori commissari dicono « ci siamo dimessi per la lettera, al Presidente della Società, colla quale chiedevate che egli e il Signor Giorgio Pellizzari, fossero aggiunti alla nostra Commissione e che noi facessimo non la sola autopsia della canina ma anche l'esame dei fenomeni fisiologici presentati dalla medesima. Tale lettera è una prova di sfiducia verso di noi, e ne imponeva di fare cosa di cui siamo incapaci.

Non avrei mai creduto che i signori Commissari per giustificarsi di non avere fatto il loro dovere, si sarebbero sforzati di provare che la colpa è tutta mia se non fu fatto l'esame, e l'autopsia dei cani.

Si deve subito notare che essi parlano di autopsia di una cagna. Il Segretario della Società, uno dei commissari, ha perfino dimenticato d'avere letto nel Processo verbale dell'adunanza del mese di luglio scorso, avere io proposto l'esame e l'autopsia dei cani presentati dal Luciani. Avendo combattuto tutta la teoria sulle funzioni del cervelletto, che questi aveva fondato sopra i risul-

tamenti di tre esperienze sopra tre cani, sarebbe stata cosa ridicola proporre l'autopsia d'un solo animale.

L'autopsia poi fatta senza avere esaminato i fenomeni presentati dagli animali sarebbe stata inutile. Per supplire dunque al difetto di capacità di fare tale esame, confessato dai signori commissari, nella mia lettera esprimevo, s'intenda bene, il desiderio che a loro si aggiungessero i signori Burresi e Pellizzari. Il giudizio della Commissione così sarebbe stato più solenne.

Qualunque significato avesse avuto la mia lettera, i commissari non dovevano prenderla per norma dei loro atti, dovevano contentarsi della fiducia della Società che affidava ad essi l'onorevole ufficio. Ove poi avessero tenuto tanto alla mia fiducia, prova massima di fiducia doveva essere per loro la lettera, posteriore a quella scritta al Burresi, colla *quale li pregavo di non dimettersi* (1), e dicevo che ove non si facesse l'autopsia dei cani non ne fossero responsabili loro; ma i signori commissari hanno taciuto di questa lettera! È chiaro dunque che furono altre le ragioni per cui si dimisero. Me ne accorsi la sera che in un teatro dimandai confidenzialmente a Celso Pellizzari quando farete l'autopsia dei cani? Dal *prima di tutto si tratta d'una cagna e non di cani* — e dal tono con che mi rispose, intesi che l'anima sua pure era da parzialità offesa. La commissione non volendo fare l'autopsia dei cani in mia presenza, tentò, come si dice, d'uscire dall'*imbarazzo pel rotto della cuffia*.

Il Dott. **Banti** dice che la domanda rivolta dal Dott. Corso al Professore Burresi non poteva essere interpretata che come segno di sfiducia tanto più essendo stata fatta non al momento della nomina della Commissione, ma 10 giorni appresso; che come segno di sfiducia l'intesero non solo i Membri della Commissione, ma tutti quegli cui venne comunicata. Del resto era stato appunto per riguardo alla Società che la Commissione non si era subito dimessa ed anzi, dopo il rifiuto dei Professori Burresi e Giorgio Pellizzari di aderire all'invito del Dott. Corso, aveva cercato di associarsi altri Membri onde condurre a buon fine il mandato ricevuto. Solo dopo il rifiuto di tutte le persone interpellate aveva creduto necessario inviare le proprie dimissioni.

Il Prof. **Luciani** ringrazia il Dott. Corso della dichiarazione fatta, di essere cioè stato mosso nel proporre la nomina della Commissione solo dal desiderio di risolvere una questione scientifica. Tale questione però non può mancare di venire debitamente risolta, poichè avendo egli portato la cagna scerebellata al Congresso Freniatico di Voghera ed avendo chiesta la nomina di una Commissione per eseguirne l'autopsia, tale domanda venne subito accolta ed ora la cagna trovasi in osservazione a Pavia presso il Prof. Golgi, uno dei Membri di tale Commissione: l'autopsia verrà praticata quanto prima. Del resto egli è quasi lieto che la cagna non venisse sacrificata nell'estate scorsa, poichè in questo tempo ha avuto modo di fare sulla medesima nuove osservazioni assai importanti. Così ha veduto come questa cagna nuoti perfetta

(1) Questa lettera è in data del 27 luglio 1883: le dimissioni della Commissione furono inviate il 26 luglio al Prof. Burresi.

mente anche ad occhi bendati con striscie di cerotto: inoltre essendo essa entrata in caldo ed accoppiatasi con un cane, è rimasta pregna, ha figliato a termine, ed ora sta allattando due canini che soli sono stati conservati in vita fra i quattro che essa aveva dato alla luce.

Il Dott. Corso dice:

Se mi fosse stato chiesto di rimettere l'ulteriore esame e l'autopsia dei cani a tempo più opportuno nell'interesse della scienza avrei acconsentito. Il signor Luciani ha detto che se a me veramente preme la sola questione scientifica, sarà risolta dalla Commissione nominata dal congresso di Freniatria di Voghera alla quale fu affidata la *cagna*. Non è la stessa cosa. Il signor Luciani erasi impegnato colla Società e con me e qui doveva farsi l'esame e l'autopsia dei cani presentati alla Società, e non della sola cagna affidata ora all'esame del Golgi; qui in Firenze dove potevano trovarsi uomini tanto capaci quanto a Voghera; qui dove io restai per esaminare i cani coi miei occhi, sebbene in quel tempo me pure invitassero gli incanti del Tirreno e mi chiamassero i miei parenti. Il signor Luciani aveva promesso alla Società ed a me, che appena tornato da certi bagni, avrebbe messo i cani a disposizione della Commissione — Ma questa si dimise, dice il signor Luciani. Egli però ha taciuto la lettera raccomandata che gli inviai nella quale gli dicevo; « si dice che la commissione voglia dimettersi; ove essa non « facesse il suo dovere, noi faremo il nostro. Ci resta un modo onorevole per « risolvere la questione scientifica. Nomini lei due di sua fiducia ed io uno « ed essi, presenti noi due, facciano l'esame e l'autopsia dei cani.

Gli scrivevo pure che egli probabilmente non avrebbe accettata la mia proposta. Ho detto questo perchè resti scritto e provato negli Atti della Società che non si volle fare l'autopsia dei cani in mia presenza.

A causa dell'ora tarda l'Adunanza viene sciolta a ore 3 pom. rimettendo alla ventura seduta l'esaurimento dell'Ordine del Giorno.

Il Socio più anziano

Dott. C. BOTTARI.

Il Segretario

Dott. G. BANTI.

SECONDA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 23 DICEMBRE 1883.

Alla Presidenza il Dott. CESARE BOTTARI, Socio più anziano.

Sono presenti i Socii: — Bottari, Corso, Paoli, Bianchi, Boncinelli, Paggi Adolfo, Pellizzari Prof. Celso, Marcacci, Bertini, Levi R., Giuntoli, Celoni, Eccher, Tommasi, Simi, ed i Segretari degli Atti e delle Corrispondenze.

Dichiarata aperta l'Adunanza a ore 12 $\frac{1}{2}$, viene data lettura del Verbale della Seduta precedente.

Il Dott. **Corso** domanda che in quel Verbale venga inserito integralmente ciò che disse nell'Adunanza riguardo al Rapporto presentato dalla Commissione nominata per eseguire l'Autopsia di una cagna scerebellata dal Prof. Luciani. Egli deposita perciò alcuni fogli manoscritti, dichiarando essere contenuto nei medesimi quanto disse nell'Adunanza antecedente.

Il Dott. **Banti** fa osservare che l'inserzione integrale dei discorsi pronunziati dai Soci sarebbe contraria al Regolamento.

Il Dott. **Simi** dice che questa inserzione può essere eseguita a richiesta d'un Socio, a meno che non vi si opponga la Società.

Il Prof. **C. Pellizzari** domanda che qualora questa inserzione venga approvata, resulti anche nel Processo Verbale come la lettera scritta dal dottor Corso ai Membri della Commissione sia in data del 27 luglio 1883, mentre la lettera con la quale la Commissione inviava le proprie dimissioni al Professore Burresi abbia la data del 26 luglio. Perciò, quando la Commissione ricevè la lettera del Dott. Corso, aveva già rassegnato il mandato e non poteva quindi ritornare sulla presa deliberazione.

Il Dott. **Banti** domanda che qualora nel Processo Verbale s'inserisca integralmente il discorso del Dott. Corso, vi s'inserisca pure integralmente il Rapporto presentato dalla Commissione.

La Società approva.

Ha la parola il Prof. **C. Paoli** il quale fa una lettura sulla *Cura delle Granulazioni Congiuntivali*. Dopo avere ricordato come il Jequirity venne introdotto nella terapeutica oculistica e gli esperimenti per cui viene ammesso essere dovuta la sua azione alla presenza di Batteri nell'infuso di questo seme, Egli conclude:

1° il soluto del seme del Jequirity al saggio del 2 per 100 determina nell'occhio dell'uomo ammalato di granulazioni palpebrali un catarro acuto

2° le granulazioni si rammolliscono, si rigonfiano ed una quantità maggiore di sangue affluisce nei capillari della congiuntiva;

3° i ricambi nutritizi determinati dall'afflusso maggiore di sangue fanno cambiare lo stato patologico della congiuntiva dipendente dalle granulazioni e ciò per eliminazione ed assorbimento dei prodotti morbosi già esistenti;

4° gli effetti vantaggiosi si hanno nelle granulazioni semplici rosse, in quelle cioè che non hanno subito metamorfosi regressive;

5° nelle granulazioni a periodo più avanzato, nei casi atrofici con cornee molto vascolarizzate, la reazione prodotta dall'infuso di Jequirity è assai mite e si verifica ciò che l'Autore aveva osservato adoperando in questi casi il virus Blenottalmico;

6° a questo periodo il Jequirity riesce più valevole a dissipare il panno corneale, ma le granulazioni poco risentono della sua influenza;

7° una sola applicazione non basta e il più delle volte anche nei casi semplici conviene ripeterla quando però siano cessati i fenomeni provocati dalla prima medicatura;

8° non bisogna essere tanto solleciti nel rinnovare le applicazioni, perchè i risultati finali non si verificano che dopo un tempo più o meno lungo;

9° è controindicato l'uso del Jequirity quando le cornee hanno subito profonde modificazioni nella loro tessitura, quando esistono parziali Staffilomi, Ectasie e Leucomi aderenti;

10° l'ottalmia provocata da questo medicamento è purulenta e perciò contagiosa, come tutte le ottalmie purulenti, qualunque sia la causa che le determini;

11° l'infuso del seme di Jequirity deve essere considerato come un medicamento valevole nella cura delle granulazioni palpebrali semplici, di data recente, adoperato colle debite cautele, senza prevenzione e senza entusiasmo e con quei criterj clinici dai quali deve essere sempre guidato ogni prudente Medico e Oculista;

12° occorrono ancora altre prove ed osservazioni bene accurate per stabilire le indicazioni e le controindicazioni.

Il Dott. A. Paggi comunica un caso di ovariectomia eseguito nella sua pratica privata il 23 agosto 1883. La ciste era assai voluminosa ed aveva estese e valide adherenze coll'intestino e con la scatola pelvica. Con diligente e prolungata dissezione fu liberata dall'intestino e quindi, escisa la ciste per quanto potevasi, la porzione inferiore di essa foggata a peduncolo, fu suturata alla parte mediana della ferita addominale. Furono abbandonate nel cavo peritoneale varie legature e fu necessario fare uso del termocauterio per frenare l'emorragia a nappo dalle pareti intestinali: perciò fu creduto bene di praticare con tubi di vetro non solo il drenaggio della piccola cavità cistica costituente il peduncolo, ma anche il drenaggio del cavo peritoneale. Questo fu tolto dopo 18 ore: l'altro dopo 15 giorni. La cavità del peduncolo si riunì di prima intenzione non essendo mai uscita dal tubo goccia di pus. L'operata dopo 4 settimane passeggiava per la casa: la guarigione fu completa.

Viene aperta la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. Paggi.

Il Dott. **Tommasi** si congratula col Dott. Paggi per l'atto operatorio eseguito e per l'esito ottenuto. Crede però che Egli abbia forse un poco trasceso nel chiamare comune l'operazione dell'ovariotomia, la quale presenta non poche difficoltà nell'eseguirla, come lo stesso Dott. Paggi n'ebbe una prova in quella da lui compiuta. Gli sembra perciò non bene addirlesi l'epiteto di comune adoperato dall'abile operatore.

Il Dott. **Boncinelli** dice essere soprattutto due i punti culminanti della storia narrata dal Dott. Paggi; 1° la presenza di estese aderenze non potute diagnosticare; 2° il processo operatorio eseguito, cioè l'avere escisa la ciste lasciando una parte della medesima. Relativamente al primo punto crede sarebbe assai utile dopo fatta l'incisione delle pareti addominali, il ricercare con la mano l'estensione e la validità delle aderenze, onde non proseguire un atto operatorio quando si riconoscesse molto difficile. Propone questo, sembrandogli assai pericolosa l'emorragia a nappo proveniente dal distacco di aderenze, perchè dovendo per frenarla ricorrere alle cauterizzazioni, l'escara risultante può dopo dare luogo a processi flogistici nel peritoneo. — Per ciò che riguarda il secondo punto, domanda se un simile processo operatorio non si potrebbe impiegare come metodo comune.

Il Dott. **Giuntoli** chiede perchè si trascuri la puntura della ciste prima di divenire all'ovariotomia. Crede che l'esame chimico e microscopico del liquido potrebbe forse fornire qualche buon indizio per la diagnosi.

Il Dott. **Paggi** replica al Dott. Tommasi di avere denominato l'ovariotomia un'operazione abbastanza comune; 1° perchè molto grande è il numero delle ovariotomie fatte e basta a tal proposito ricordare come due anni fa lo Spencer Wells ne aveva già eseguite oltre 1000: ora di qual'altra operazione può un chirurgo vantarsi di averne compiuto un numero simigliante? — 2° perchè l'ovariotomia viene giornalmente eseguita da un gran numero di chirurghi e perfino da medici condotti. — Al Dott. Boncinelli replica che qualora egli possa, cercherà sempre di estrarre completamente la ciste senza lasciarne porzione nel cavo peritoneale. Aggiunge che non ha molta paura dell'escara nel peritoneo e ricorda a tale proposito che una delle migliori statistiche appartiene a Keith di Edimburgo, il quale canterizza largamente il peduncolo e lo abbandona senza legare nella cavità peritoneale. — Al Dottore Giuntoli dice che la pratica della puntura preventiva è stata abbandonata come pericolosa. Del resto l'esame chimico e microscopico del liquido estratto molto di rado può fornire risultati utili per la diagnosi e racconta a tale proposito come avendo di recente fatto esaminare il liquido estratto da una supposta ciste ovarica ai Proff. Brigidi e Roster, non ha ottenuto che risposte molto dubitative. — Chiede su tale argomento l'opinione del Dott. Banti.

Il Dott. **Boncinelli** dichiara non avere inteso proporre come metodo universale quello di lasciare parte della ciste nel peritoneo, ma di avere solo voluto significare che era utile adoperarlo nei casi di forti ed estese aderenze delle pareti cistiche al bacino.

Il Dott. **Tommasi** dichiara che avendo molte volte eseguito l'esame chimico di liquidi di cisti ovariche, non riesci mai a trovare caratteri tali che servis-

sero a distinguerli certamente da essudati peritoneali saccati od anche da liquidi ascitici.

Il Dott. Banti dice che l'unico dato istologico sicuro, capace di fare riconoscere con certezza il liquido d'un cistoma ovarico sarebbe la presenza di cellule epiteliali. Tale reperto però è assai raro: almeno a lui non è riuscito a constatarlo che una o due volte nei molti esami di liquidi ovarici eseguiti.

A ore 2 $\frac{1}{4}$ la Seduta Pubblica è sciolta.

Vo il Presidente
Prof. P. PELLIZZARI.

Il Segretario
Dott. G. BANTI.

TERZA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 27 GENNAJO 1884.

Alla Presidenza, il Prof. PIETRO PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti i Soci: i Proff. Luciani, Celso Pellizzari; i Dott. Bargioni, Campani, Boncinelli, Bianchi, Bertini, Turchini, Urbino, Marcacci, Paggi Adolfo, Bottari, ed il Segretario degli Atti.

Aperta l'Adunanza a ore 12^{1/2}, viene data lettura del processo verbale della seduta precedente.

Il Prof. **Luciani** domanda se il Dott. Corso lesse il contenuto di quei fogli che egli presentò, perchè venissero inseriti nel verbale precedente.

Il Dott. **Banti** risponde che il Dott. Corso ne lesse certo una parte, ma gli sembra che Egli non proseguisse nella lettura sino al termine.

Il Prof. **Luciani** dichiara che non essendo stato presente all'Adunanza, fa delle riserve circa all'inserzione integrale dello scritto del Dott. Corso nel processo verbale.

Il Prof. **C. Pellizzari** dice come il Dott. Corso non chiedesse l'inserzione integrale di quello scritto nel verbale, ma solo l'inserzione d'un estratto.

Il Dott. **Banti** replica che il Dott. Corso chiese e la Società approvò l'inserzione integrale dello scritto: che relativamente alla stampa del processo verbale il Dott. Corso dichiarò non importargli affatto se veniva pubblicato interamente o in estratto.

Si procede alla proclamazione del Premio Galligo. Aperta la scheda appartenente alla Memoria premiata, si leggono i nomi degli Autori i quali risultano essere i dottori A. Bianchi e C. Balocchi. Le altre schede vengono abbruciate.

Il Prof. **C. Pellizzari** domanda fin d'ora la parola per la prossima Adunanza Privata.

Il Dott. **C. Campani** comunica un caso di simulata carie del mascellare inferiore. Un giovane di 26 anni era andato soggetto a ripetute periostiti del mascellare inferiore con esito in suppurazione. Rimase un'apertura fistolosa e vari chirurghi i quali l'ebbero ad esaminare, credettero si trattasse di necrosi con sequestro osseo perchè introducendo lo specillo nel seno fistoloso si urtava in un corpo duro e mobile L'A. avendo esaminato il malato trovò come lo specillo introdotto nel seno imprimeva dei movimenti al primo bicuspidè, mentre il secondo non era mai esistito; perciò procedè all'estrazione del dente. Dopo vari giorni, dall'apertura del dente estratto tolse la corona del dente grosso molare temporario a completo sviluppo con radice atrofizzata. Era stato questo dente che, privo delle connessioni vascolari, aveva agito come corpo estraneo producendo le ripetute periostiti.

Il Dott. **Bianchi** riferisce due casi di malattie gastriche curati con la lavanda, che Egli crede speciali l'uno per il rapido esito felice della cura, l'altro per le conseguenze gravi dell'abuso di questa. Ne deduce alcune conseguenze pratiche e finisce col concludere anche una volta all'utilità della lavanda nelle malattie dello stomaco. Dice poi del modo migliore di comporre l'acqua cloroformizzata e dà alcune norme intorno alla sua applicazione terapeutica ed alle cautele che occorrono nel servirsene per la lavanda gastrica.

Si apre la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. C. Campani. Nessuno prendendo la parola, si apre la discussione su quella del Dottore A. Bianchi.

Il Prof. **Luciani** dopo avere riferito alcune recenti esperienze praticate da Herzen in un uomo con fistola gastrica, domanda al Dott. Bianchi se quando egli pratica la lavanda il mattino a digiuno, nel liquido estratto dallo stomaco è contenuta bile.

Il Dott. **Bianchi** risponde non avercela mai trovata.

Il Prof. **Luciani** domanda se ha ricercato sali biliari e nel caso contrario invita il Dott. Bianchi a fare qualche ricerca in proposito.

Il Dott. **Bianchi** dice di non avere mai fatto simile ricerca ma si propone di eseguirla in avvenire.

La seduta è tolta a ore 2 pom.

Vo il Presidente
Prof. P. PELLIZZARI.

Il Segretario
Dott. G. BANTI.

QUARTA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 10 FEBBRAJO 1884.

Alla Presidenza il Prof. PIETRO PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti i Soci: Tommasi, Bianchi, Zannetti, Luciani, Boncinelli, Faralli, Corso, Marcacci, Bertini, Eccher, Bottari, Adolfo Paggi, Levi, Nesti ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo Verbale della seduta precedente, ha la parola il Dott. Corso sopra un caso d'isterismo guarito con la metalloterapia. Egli incomincia dicendo non avere niente di meglio da offrire alla Società per la sua lettura obbligatoria: biasima il regolamento che prescrive ai Soci di fare una comunicazione a epoca fissa.

Il **Presidente** invita il Dott. Corso a non deviare dall'argomento.

Il Dott. Corso riferisce il caso di una donna presentante gravi fenomeni che Egli diagnosticò come isterici. La somministrazione dei più comuni rimedi riuscì del tutto inefficace, mentre l'applicazione di una moneta di rame produsse una rapida e completa guarigione.

Il Dott. **Marcacci** legge una nota sull'albuminuria fisiologica. Accenna da prima al fatto narrato alla Società Medico-fisica nella seduta del 12 maggio 1878, che dice rimanere inalterato tutt'oggi; e quindi espone una sua nuova osservazione di albuminuria fisiologica che verificasi nella persona del sig. D., uomo sui 44 anni, nativo di Siena, da molto tempo dimorante in Empoli in qualità di agente di beni. Fu per caso, o almeno guidato soltanto dalla curiosità, che il sig. D. scoprì la presenza dell'albumina nella sua orina, adoperando il calore e l'acido nitrico, il 15 aprile 1882. La presenza dell'albumina fu confermata nell'Istituto di Chimica di Firenze: del resto niente altro di insolito vi fu rinvenuto. In quest'individuo l'albumina è stata sempre o quasi sempre trovata mancante nelle orine della notte: è costante in quelle del giorno. Certi elementi, come la ricotta, il formaggio, l'aumentano notevolmente: le uova non hanno influenza apprezzabile. Il latte, se puro, l'aumenta; non così se è anche leggermente salato. In generale il cloruro di sodio diminuisce sempre la quantità dell'albumina. L'albumina aumenta pure in seguito a copiose libazioni e ad abbondante alimentazione. Diminuisce in condizioni opposte. Questi fatti si sono sempre confermati nelle ripetute e quasi giornaliere osservazioni, eseguite dal sig. D. nel corso di questi due anni. La quantità dell'albumina nel corso delle 24 ore oscilla fra uno e tre centigi. Frattanto è cosa notevole che le condizioni generali della salute si sono mantenute, come erano, eccellenti.

Questo fatto sembra al Dott. Marcacci molto eloquente per dimostrare anche una volta la esistenza dell'albuminuria fisiologica. In corredo a questo nuovo caso, ricorda le belle ricerche del Dott. Chateaubourg, le quali portano un contingente di prove che mirabilmente convalidano i pochi fatti noti e le previsioni teoriche, per le quali da qualche tempo si voleva caratterizzare l'albumina dell'orina come un fenomeno della vita normale.

Il Prof. Luciani ricorda come il fatto narrato dal Dott. Marcacci si potrebbe spiegare mediante la teoria del Ludwig sulla secrezione urinaria.

Il Dott. Corso rammenta come Schiff provocasse l'albuminuria mediante la contrazione muscolare. Dice poi come tutti i disturbi circolatori del rene siano causa di albuminuria.

La seduta è tolta a ore 2 pom.

Vo Il Vice Presidente

Prof. L. LUCIANI.

Il Segretario

Dott. G. BANTI.

QUINTA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 16 MARZO 1884.

Presidenza del Prof. PIETRO PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti i Soci: Luciani, Tommasi, Bianchi, Faralli, Bargioni, Marcacci, Grilli, Boncinelli, Bajardi, Paganucci, Brigidi, Pellizzari Celso, Levi, Zannetti, Bertini, Turchini, Paggi Adolfo, ed il Segretario degli Atti.

Il Prof. **Levi** ricorda come l'Italia manchi tutt'ora d'una Farmacopea generale, obbligatoria per tutto il regno, alla quale si debbano conformare tutti i Farmacisti nella preparazione dei medicamenti officinali. Dimostra come sia deplorabile tale mancanza e a quali inconvenienti dia luogo, imperocchè un medico d'una Provincia recandosi in altra si trova talora nel caso di fare una prescrizione, senza sapere precisamente come questa verrà eseguita. Perciò Egli crede utile che la Società Medico-Fisica si facesse iniziatrice presso le altre Associazioni Mediche di una petizione all'Autorità Governativa, affinchè si desse mano al più presto alla compilazione di un Codice Farmaceutico Italiano. Crede anche che nel frattempo si potrebbe adottare in via provvisoria un Codice Farmaceutico d'altra nazione e renderlo obbligatorio per tutta Italia.

Il Prof. **Brigidi** ricorda come venne introdotta nella scienza la distinzione della flogosi in parenchimale ed interstiziale e come, dopo le belle scoperte del Cohnheim per le quali fu ridonato all'elemento sanguigno il primitivo valore nel detto processo morboso, i Patologi riponessero la flogosi parenchimale fra i processi degenerativi. Però rispetto alle alterazioni dei reni nella malattia di Bright si mantenne quella distinzione, sembrando che i fatti clinici corrispondessero pienamente a quelli anatomici. Successivamente dal Klebs e dal Kelsch furono riferiti dei casi di Nefrite Parenchimatosa, nei quali i glomeruli ed il connettivo interposto ai tubuli contorti si mostrava infiltrato da cellule indifferenti, come nelle flogosi interstiziali, e gli stessi fatti vennero poi osservati da Cornil e Ranvier e dal Langhans. Sebbene questi fatti non corrispondessero alla nota distinzione, nessuno osò romperla con le nuove vedute e si continuò ad assegnare a ciascuna delle ricordate specie un quadro clinico speciale. E sebbene gli Anatomico-patologi moderni considerassero la flogosi parenchimale da un punto di vista che armonizzava con la dottrina di Cohnheim, tuttavia altri Patologi, fra i quali Weigert e Litten, sostennero che nella forma parenchimale della nefrite gli asciblasti erano primitivamente attaccati. Solo il Dunin in quest'ultimi tempi si è dichiarato contrario a tal modo di vedere ed in appoggio della sua opinione ha riferito 200 casi di nefrite parenchimatosa nei quali la lesione dei parablasti era

palese e poteva ritenersi primitiva. Queste osservazioni del Dunin sembrano al Prof. Brigidi essere confermate da altre riferite da Cornil e Brault in un lavoro sulla glomerulite e da altre ancora di Babès.

Esposta sommariamente la storia della malattia di Bright in rapporto alle alterazioni renali, il Prof. Brigidi dice di avere avuto occasione di studiare anatomicamente quattro casi di nefrite parenchimale, uno proveniente dalla clinica medica e gli altri tre dal turno del Dott. Celoni. In tre di questi casi le alterazioni interstiziali erano tantò bene sviluppate quanto le parenchimali e nel quarto vi era solo prevalenza delle parenchimali, ma ancora in questo le alterazioni dei glomeruli in alcuni luoghi erano gravissime, tanto da far ritenere che fossero primitive. Sebbene tutte le ricordate osservazioni cumulativamente prese raggiungano una bella cifra, nondimeno se vogliamo prendere ammaestramento dalla storia si deve essere molto prudenti a concludere e il meglio sarebbe di aspettare ancora dal tempo la prova delle nostre indagini, sebbene tutto ci porti a far ritenere giusta l'opinione del Dunin. Infatti la degenerazione grassa degli epiteli, come può dimostrarsi sperimentalmente, non è la sola condizione dalla quale dipenda la malattia di Bright: invece gli esperimenti del Semmola indurrebbero a ritenere che la stessa malattia di Bright si trova realmente in rapporto con la nefrite interstiziale.

Aperta la discussione sulla proposta del Prof. Levi il Prof. **P. Pellizzari** ricorda come fino dal 1861 venisse dal Governo nominato una Commissione, della quale Egli faceva parte, per redigere il Codice Sanitario Italiano. In questo Codice era compresa anche una Farmacopea Italiana. La Commissione compì il lavoro, che fu presentato e discusso in Senato, ma non fu mai presentato alla Camera dei Deputati. Egli si associa pienamente alla proposta del Prof. Levi.

Il Prof. **Levi** dichiara d'avere ignorato tali particolari, i quali per altro lo fanno maggiormente insistere nella sua proposta.

La proposta del Prof. Levi è approvata all'unanimità.

Aperta la discussione sulla comunicazione del Prof. Brigidi, il Prof. **Levi** dice che non essendo stato presente al principiare dell'Adunanza, domanda ora al Prof. Brigidi uno schiarimento, se cioè per i suoi studi sia indotto ad ammettere la grande frequenza delle forme miste, parenchimatosa ed interstiziale, della malattia di Bright.

Il Prof. **Brigidi** risponde che in tutti i suoi casi ha sempre trovato i fenomeni veri della flogosi, rappresentati dalla diapedesi.

Il Prof. **Levi** dice che in tal caso cadrebbe la dualità ammessa da alcuni Patologi e si ritornerebbe all'unicità.

Il Prof. **Luciani** dice che poichè il Prof. Brigidi è indotto dai suoi studi a ritenere come primitiva e costante l'alterazione vasale flogistica, mentre può mancare od esser minima l'alterazione dell'epitelio, per questo fatto gli sembra potersi in qualche modo ravvicinare l'albuminuria della malattia di Bright al caso di albuminuria fisiologica narrata nella seduta precedente dal dottor Marcacci. In questo pure non si può ammettere una lesione dell'epitelio renale, ma piuttosto una lesione vasale.

Il Prof. **Brigidi** dice non potere accettare l'avvicinamento proposto dal Prof. **Luciani**. Bisogna distinguere l'albuminuria dalla Malattia di Bright ed il problema da risolversi sta in ciò: se vi siano forme puramente degenerative di malattia di Bright o se tutte siano forme flogistiche. Del resto Egli non crede che l'albuminuria nella malattia di Bright dipenda unicamente dalle lesioni renali.

Il Prof. **Luciani** dichiara di non aver per nulla inteso d'identificare l'albuminuria con la malattia di Bright, ma d'avere solo voluto ravvicinare due fenomeni, i quali potrebbero essere suscettibili d'una identica spiegazione, in quanto che non si possa, nè si debba frapporre una barriera fra la fisiologia e la patologia.

Il Dott. **Banti** dice che le lesioni dell'epitelio non possono da sole spiegare a sufficienza l'albuminuria. Cita i casi di avvelenamento per fosforo, nei quali con estesissime lesioni degenerative dell'epitelio renale l'albuminuria manca o è assai scarsa. Crede che nella malattia di Bright meriti una profonda attenzione la teoria del Semmola, che cioè esista una modificazione molecolare dell'albumina come fatto primitivo.

Il Prof. **Levi** dice che bisogna tener conto anche delle alterazioni vasomotorie per spiegare l'albuminuria. Cita casi di nefriti scarlattinose guarite, nelle quali l'insorger di una febbre riproduceva nuovamente un'albuminuria temporanea. Ora questi fatti non gli sembrano spiegabili con la teoria del Semmola.

Il Dott. **Banti** dice che in questi casi si potrebbe anche invocare l'azione dell'alta temperatura sui ricambi materiali, in quanto venissero prodotte sostanze albuminose permeabili a traverso il filtro renale. Del resto Egli crede che le cause dell'albuminuria siano molteplici: in alcuni casi ammette volentieri una lesione vasomotoria; in altri si possono invocare certe alterazioni renali: infine in certi casi, per esempio, nella così detta Nefrite Parenchimatosa, gli sembra che la teoria del Semmola, per quanto non certa, riesca a spiegare molti fatti oscuri.

Il Dott. **Marcacci** ricorda i casi da lui riferiti di albuminuria fisiologica. Siccome in questi casi l'albumina non era chimicamente diversa dall'albumina emessa dai malati di Nefrite, ciò gli sembra affatto contrario alla teoria del Semmola.

Il Dott. **Banti** risponde che le cognizioni chimiche sull'albumine sono molto difettose. Così fra l'albumina del sangue di un brightico e di un individuo sano sembrerebbe chimicamente non esistere differenze: eppure alcune esperienze del Semmola le dimostrerebbero assai diverse fra loro. Del resto ripete che riconosce la molteplicità di patogenesi dell'albuminurie e non intende applicare la teoria del Semmola alla così detta albuminuria fisiologica.

Il Presidente Prof. **P. Pellizzari** ricorda la perdita accaduta così di recente dell'illustre **QUINTINO SELLA**. Dice non volere considerare in lui l'uomo politico, ma solo lo scienziato e perciò invita la Società a inviare un telegramma di condoglianza alla Famiglia dell'Estinto.

Tale proposta è approvata per acclamazione. Dietro domanda del professor Luciani, la Società dà incarico al Presidente di formulare e di spedire il telegramma.

Il Prof. Levi presenta a nome degli Autori i seguenti libri alla Società:

SORMANI GIUSEPPE — *Geografia nosologica dell'Italia*. 1881. — *La mortalità dei neonati nelle varie provincie d'Italia*, 1883. — *La prophylaxie des maladies veneriennes et plus particulièrement de la Syphilis*, 1882. — *Proposte d'Igiene militare per diminuire la mortalità nell'esercito Italiano*, 1883.

SCHREIBER — *Praktische Anleitung zur Behandlung durch Massage und methodische Muskelübung*, 1883.

V^o Il Presidente
Prof. P. PELLIZZARI.

Il Segretario
Dott. G. BANTI.

SESTA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 11 MAGGIO 1884.

Presidenza del Prof. PIETRO PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti i soci Bianchi, Boncinelli, Paoli, Corso, Urbino, Fano, Luciani, Bajardi, Faralli, Bertini, Paganucci, Bottari, Tommasi, Paggi Adolfo, Marcacci, Celso Pellizzari, ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo Verbale della Adunanza precedente, il Dott. **Bianchi** prende la parola parlando della ricerca dell'indaco nell'orine. Osserva prima di tutto come questo tema sia stato fin qui poco trattato e come in Italia non lo sia stato affatto, e che ciò forse dipendeva dal mancare agli sperimentatori un modo esatto di ricerca e di valutazione di tale sostanza nelle orine. Perciò egli crede di aver ottenuto utili e pratici risultati dal modo di ricerca, che espone alla Società. Parla degli antichi metodi, tutti più o meno imperfetti, della composizione, origine probabile e fisiologica dei materiali indicogeni delle orine. La reazione proposta dal Dott. Bianchi è fondata sulla azione che ha l'acido cloridrico sopra la sostanza indicogena di trasformarla in indaco bianco e quindi in indaco azzurro, e sulla proprietà che ha il cloroformio di sciogliere perfettamente questa stessa sostanza. Egli riesce ad ottenere allo stato di trasparenza perfetta questo cloroformio così colorato, in modo che può essere paragonato con una serie di vetri trasparenti colorati dal cobalto. L'indicometro presentato dal Dott. Bianchi ha appunto questo scopo. Tale strumento è una cellula divisa in due altre cellule da un segmento, nell'una delle quali si versa il cloroformio più o meno colorato dall'indaco, nell'altra si passano i vetrini colorati dal cobalto, e dei quali si ha una serie di 10, che dal pallidissimo vanno al colore più cupo, conservando fra l'uno e l'altro eguale differenza di tono. Il Dott. Bianchi ha calcolato le diverse quantità di indaco delle orine, corrispondenti alle diverse colorazioni e ne ha fatto una tavola a parte, della quale ci possiamo servire per dedurre approssimativamente il grado di ricchezza in indaco di una data orina, sia in modo assoluto, che in modo relativo. I risultati pratici ottenuti dal Dott. Bianchi con tale strumento e che sono il risultato di 3 anni di osservazioni, possono riassumersi così: È scarso e talora sparito nelle orine degli anemici, dei tubercolosi, dei cachettici, dei malati di cancro gastrico; abbondante invece in quelle dei malati di cancro epatico, addominale, nel tifo (1° e 2° settenario), nella coprostasi, nelle enteriti, nelle peritoniti; l'acido fenico e la cairina lo riducono assai. Nel diabete in modo relativo è scarso, in modo assoluto abbondante. Nella salute si trova sempre in quantità me-

diocre. È influenzato in certi limiti dagli alimenti, dall'età, dal sesso, dallo stato di nutrizione generale. Infine il Dott. Bianchi dice che se l'ulteriore osservazione l'ainterà, si potrà forse con l'esame di questa sostanza facilitare la diagnosi di sede delle occlusioni intestinali. Infatti l'Ewald trovò che se negli animali impediva il decorso delle fecce al di là del tenue, l'indaco nelle urine mancava. Ora il Dott. Bianchi in due casi di occlusione, nell'uno dei quali l'ostacolo era appunto nel tenue e nell'altro no, ha trovato scarseggiare nel primo l'indaco dell'urine, abbondare nell'altro. Conclude confidando nell'utilità pratica che queste ricerche debbono arrecare. Infine il Dott. Bianchi rende grazie al Prof. Roster, nel laboratorio del quale ha eseguito la maggior parte delle reazioni, mentre le osservazioni cliniche sono state per lo più compiute sulle urine dei malati delle Cliniche Medica e Pediatrica.

Il Prof. Luciani presenta la Relazione dell'autopsia della cagna scerebellata, già da Lui mostrata alla Società Medico-Fisica nell'anno decorso. L'autopsia è stata praticata a Pavia il 6 aprile 1884 da una Commissione composta dei Prof. Verga, Oehl, Golgi, De Giovanni, Zoia, Maggi, Pellacani, e dei Dott. Ciniselli, Marchi, Vincenzi, Saccozzi, Tanzi. Da tal Relazione si desumono i seguenti fatti.

Ucciso l'animale con la cloroformizzazione, si procede all'autopsia. Animale ben nutrito, pesa kilog. 4,900: muscoli degli arti un poco pallidi. Al di sopra del foro occipitale si trova un denso tessuto cicatriziale, ed a sinistra un piccolo seno fistoloso che non penetra in cavità. Esportata la calotta, al di sotto di essa nella regione occipitale si vede una massa di color gialliccio, la quale occupava la cavità lasciata dalle parte esportata. Si recide in giro la dura madre. Si liberano gli emisferi cerebrali, s'isola il midollo allungato e sollevandolo dalla sua sede e staccandolo dalle sue naturali adherenze all'innanzi, s'isola e si esporta tutta intiera la massa encefalica. Si vede così che il cervelletto mancava affatto dove esisteva la ricordata sostanza gialliccia. Allontanata questa senza ledere menomamente le parti adiacenti, si mette allo scoperto completamente il 4° ventricolo. A sinistra del medesimo si nota un piccolissimo tratto o straticello di tessuto di color giallognolo, che si può sospettare essere tessuto cerebellare, ma che non ne ha ad evidenza i caratteri. Coll'esame microscopico di questo straticello non si trovò alcuna traccia di sostanza nervosa, ma quasi esclusivamente elementi connettivali. A destra del pavimento del 4° ventricolo esiste un piccolo frammento di sostanza cerebellare, di forma rettangolare, della lunghezza di circa un centimetro, della larghezza di 5 millim. e qualche millimetro di spessore nella estremità periferica. All'angolo inferiore ed interno di questo rettangolo si vede una piccola sporgenza biancogiallastra, di consistenza maggiore delle parti adiacenti e che si constata essere la superficie di sezione del peduncolo cerebellare medio. Se ne arguisce che il residuo cerebellare appartiene alla parte anteriore interna mediana del lobo destro. Coll'esame microscopico di questo frammento, si osservano ben conservati gli elementi nervosi aventi disposizione e rapporti identici a quelli delle circonvoluzioni cerebellari normali. Il cervello e il midollo spinale vengono conservati per un ulteriore esame.

Aperta la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. **Blanchi** e nessuno prendendo la parola, il Presidente domanda se alcuno abbia niente da osservare sulla Relazione presentata dal Prof. **Luciani**.

Il Dott. **Corso** lamenta come l'autopsia non sia corredata dall'esame microscopico. Chiede poi che questa Relazione venga depositata alla Segreteria della Società, affinchè Egli possa prenderne copia.

Il Prof. **Luciani** risponde che, come è notato nella Relazione, l'esame microscopico verrà praticato in seguito. Del resto Egli non ha niente ad opporre che il Dott. **Corso** prenda copia della Relazione e perciò Egli la deposita presso il Segretario della Società.

La seduta è sciolta a ore 2 pom.

V° *Il Presidente*
Prof. P. PELLIZZARI.

Il Segretario
Dott. G. BANTI.

SETTIMA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 18 GIUGNO 1884.

Presidenza del Prof. PIETRO PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti i Soci: Faralli, Campani, Zannetti, Simi, Paganucci, Bargellini, Bargioni, Luciani, Boncinelli, Marcacci, Urbino, Fano, Paoli, Bianchi, Celso Pellizzari, Turchini, Chiara, Grilli, Bertini, Bajardi, Prof. Morselli (Socio corrispondente nazionale), Sonsino (Socio corrispondente estero) ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo Verbale della precedente Adunanza, ha la parola il Prof. **D. Chiara**.

Egli presenta alla Società alcune donne da lui operate e delle quali qui si riferiscono in riassunto le storie.

1° Malata di anni 38, con fibroma uterino interstiziale. Presentava fenomeni di compressione vescicale, dolori acerbissimi ed accessi d'istero-follia (idee di suicidio) nel periodo mestruale. Flusso mestruo abbondante. Castrazione il 28 aprile. Decorso apirettico della malattia chirurgica. È mancata la mestruazione di maggio e di giugno e si ha avuto miglioramento notevole negli altri fenomeni.

2° Donna di 45 anni con fibroma uterino e ipertrofia dell'organo. Flusso mestruale abbondante: da circa un anno dolori peritonitici atroci a ogni mestruazione: aumento rapido del tumore. Castrazione il 5 maggio: la operazione fu lunga e laboriosa per aderenze a destra: legatura dei ligamenti. Decorso apirettico. Guarigione della malattia chirurgica al dodicesimo giorno. Sono mancate le mestruazioni di maggio e di giugno.

3° Donna di 46 anni, con piccolo fibroma sottomucoso del corpo uterino. Menorragie profuse e dolori: idroemia spinta. Castrazione il dì 8 maggio. Decorso regolare: si tolgono i fili la mattina del 13 maggio.

In tutte queste tre donne si è trovata la idropisia di una tromba; della destra nelle prime due, della sinistra nell'ultima. In una fu difficile la distinzione da un'ansa intestinale.

4° Donna di 66 anni con cistosarcoma. Contenuto liquido di 20 litri. Laparotomia il 2 maggio. Si trova il tumore senza peduncolo, vivente a spese dell'aderenze peritoneali. V'ha pure un'aderenza, ma lassa, con il colon ascendente. Decorso apirettico: guarigione al 12° giorno.

5° Donna di 29 anni, con ciste probabilmente del paraovario, uniloculare, a contenuto fluidissimo. Puntura evacuatrice il 12 maggio. Liquido limpido, privo di albumina. Nessun effetto cattivo dalla puntura. Dopo un mese non si apprezza nuova formazione di liquido.

Il Prof. Chiara nell'illustrare questi casi insiste nel concetto che lo guidava nell'eseguire la castrazione. Egli spera che tolte le ovaie vengano a cessare le mestruazioni e le profuse emorragie che mettevano in pericolo la vita delle malate. Sinora infatti in tutte le operate di castrazione non sono più comparsi i flussi mestrui.

Le operate presentate dal Prof. Chiara vengono esaminate dai Soci.

Il Dott. Fano fa una comunicazione sui movimenti automatici del cuore dell'embrione di pollo.

Si apre la discussione sulla comunicazione fatta dal Prof. Chiara.

Il Dott. Grilli ricordando come l'ovariotomia sia stata proposta quale mezzo curativo radicale di quegli intensi disturbi nervosi che si verificano nell'isteria, domanda al Prof. Chiara quali cambiamenti egli abbia osservato nelle sue operate riguardo al morale, alle varie sensibilità ecc.

Il Prof. Chiara risponde come egli non creda che la vera isteria grave od istero-epilessia possa essere provocata e mantenuta da alterazioni anatomiche aventi sede nell'ovaie. Egli ritiene solo che la isteria possa essere aggravata dalle lesioni ovariche, le quali possono contribuire a rendere più intensi e frequenti gli attacchi istero-epilettici. Perciò non crede la castrazione una cura radicale di questo morbo. Egli non mancherà per altro di continuare lo studio sulle sue operate, ed allorchè una osservazione abbastanza prolungata glielo permetta, risponderà alla domanda del Dott. Grilli con più esattezza di quello che non potrebbe fare oggi.

Il Prof. P. Pellizzari dichiara di dividere l'opinione del Prof. Chiara. Ricorda due malate che il Prof. Sims giudicò isteriche ed alle quali praticò la castrazione: le due malate guarirono. Egli per altro che aveva innanzi visitate le due inferme aveva ritenuto che i disturbi nervosi dei quali soffrivano non costituissero la vera isteria e crede che sarebbero guarite anche senza l'operazione. La compressione dell'ovaie non gli ha mai permesso di troncane l'accesso istero-epilettico. Però ammette una certa influenza tra l'ovaio e lo sviluppo di alcuni fenomeni isterici. Applaudiva all'intento che guidò il Prof. Chiara nell'eseguire la castrazione, cioè per ottenere la cessazione dei flussi mestruali, intento che rende inutile l'estirpazione dell'utero in casi di fibromi.

Si apre la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. Fano.

Il Prof. Luciani fa notare come gli esperimenti del Dott. Fano siano una prova certa dall'automatismo del cuore embrionale. Alcuni anni indietro Egli aveva già dimostrato l'automatismo del cuore negli animali adulti. Dice maravigliarsi come taluni persistano a negare l'automatismo in genere e a non ammettere che l'eccitabilità, mentre è forza riconoscere l'esistenza reale tanto dell'uno che dell'altra, quando si voglia dare una spiegazione più completa dei fatti. Suppone che la riluttanza ad ammettere l'automatismo dipenda forse dall'opinione che alcuni hanno, che cioè in tal modo si faccia ritorno alle dottrine vitalistiche.

Il Prof. Chiara dice volere fare una obiezione al Dott. Fano per ottenere uno schiarimento. Se nel 1° o 2° giorno il cuore dell'embrione rimane

indifferente agli stimoli, ciò dipende perchè essendo formato da una sostanza protoplasmatica, non possiede gli elementi capaci di rispondere all'eccitazione. In tal periodo quindi si mostra automatico. Allorchè più tardi gli elementi eccitabili si sono prodotti, allora soltanto gli stimoli sono capaci di destare la contrazione.

Il Dott. Fano replica che all'obiezione mossa dal Prof. Chiara si può rispondere in maniera assai acconcia con un paragone tratto dal regno vegetale. Le foglie di alcune piante eseguiscano alcuni movimenti detti di *circommutazione*, dipendenti dal contrarsi e successivo rilassarsi delle cellule vegetali. Tali movimenti succedono all'infuori di qualunque stimolo esterno, sono veri movimenti automatici. Se ora quelle foglie siano esposte a certi stimoli, p. es. ai raggi del sole, questi sono capaci di produrre altri movimenti delle foglie, che modificano i primi. Lo stesso può dirsi riguardo al cuore nel quale l'eccitabilità agisce sopra un organo già capace di movimenti automatici.

Al Prof. Morrelli che domanda qual sia, nella supposizione dell'automatissimo, la forza che determina la funzione delle cellule, il Dott. Fano risponde che molto probabilmente sono gl'intimi cambiamenti molecolari che la nutrizione produce negli elementi cellulari, i quali agiscono da stimolo e determinano l'alternativa di funzione e di riposo negli elementi stessi.

V^o *il Presidente*
Prof. P. PELLIZZARI.

Il segretario
Dott. G. BANTI.

OTTAVA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 22 GIUGNO 1884.

Alla Presidenza, il Prof. PIETRO PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti i Soci: Marcacci, Bertini, Boncinelli, Paggi Adolfo, Bajardi, Chiara, Grazzi, Colzi, Bianchi, Luciani, Ciuti, Bottari ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo verbale della seduta precedente, il Segretario legge una lettera del Socio Prof. A. Michelacci, il quale a nome dell'autore presenta alla Società il *Manuale delle applicazioni fisiche alla Medicina* del Dott. G. SACCHETTI.

Inoltre il Prof. Michelacci aggiunge come l'Autore nel fare questo omaggio avrebbe lo scopo di ottenere qualche pecuniaria sovvenzione che gli rendesse meno grave la spesa, ovvero un qualsiasi attestato onorevole che varrebbe ad accreditarne il libro e facilitarne lo smercio.

Il Presidente Prof. **Pietro Pellizzari** fa notare come nel Regolamento non esistano articoli che autorizzino la Società ad accordare compensi pecuniari ad autori di libri, come inoltre la Società non possenga fondi sufficienti per farlo. Aggiunge che in altre simili circostanze la Società non ha mai voluto pronunciare giudizi sopra il merito intrinseco di libri. Propone l'Ordine del giorno puro e semplice.

Dopo una breve discussione a cui prendono parte il Prof. **Chiara**, i dottori **Boncinelli**, **Paggi**, **Bianchi** e **Banti** viene approvata la proposta del Presidente.

Ha la parola il Dott. **Grazzi**, il quale riferisce la storia d'un corpo estraneo caduto nella laringe. Un giovane di 25 anni, il 12 febbrajo 1884, scherzava gettando per aria una moneta da due centesimi per riprenderla in bocca. Il corpo estraneo disparve nella gola, cagionando un accesso violentissimo di soffocazione. Dopo uno sforzo straordinario di tosse si ristabilì parzialmente la respirazione, ma d'allora in poi esistè sempre completa afonia. Alcuni medici credettero che il corpo estraneo fosse caduto nell'esofago ed amministrarono emetici senza ottenerne cambiamenti nelle condizioni della voce. Dopo sette o otto giorni quel giovane vedendo di non migliorare si recò prima a Perugia, poi per due volte a Roma, ove venne esaminato col laringoscopio. I medici che lo visitarono esclusero che la moneta fosse caduta nelle vie aeree, ammisero una laringite diffusa e prescrissero delle polverizzazioni. Tale cura non avendo portato nessun profitto, l'infermo consultò il Dott. Francesco Egidi che mediante il laringoscopio riconobbe la presenza della moneta nella laringe e ne tentò inutilmente l'estrazione per le vie naturali. Riusciti vani questi tentativi, il Dott. Egidi propose di aprire una via artificiale per togliere

il corpo estraneo. L'infermo però non volle accettare tale proposta e venne in Firenze, ove il 17 marzo fu esaminato dal Prof. Corradi, dai dottori Grazzi e Del Greco. L'esame laringoscopico fece vedere chiaramente la moneta in posizione orizzontale, penetrata nei ventricoli del Morgagni, avente al di sopra le false corde vocali, al di sotto le corde vocali inferiori. Esisteva uno spazio fra la moneta e la parete posteriore della laringe che permetteva il libero passaggio dell'aria. Le corde vocali, la mucosa laringea erano rosse e tumefatte. L'infermo non aveva tosse, non dolore alla gola, inghiottiva benissimo, respirava in modo normale: solo la fonazione era affatto estinta. — Il Dott. Grazzi risolvè di tentare l'estrazione per le vie naturali: perciò, dietro consiglio del Prof. Corradi, venne costruita una pinzetta simile a quella dello Schrötter e Stoerk, ma assai più robusta. Mediante tale strumento, dopo sei o sette giorni di pazienti prove, riuscì finalmente al Dott. Grazzi di afferrare la moneta e con abile manovra ad estrarla felicemente. L'estrazione non produsse nessuna lacerazione. Vennero prescritte pulverizzazioni di acido borico, il riposo ed il silenzio per combattere la laringite cagionata dalla lunga presenza del corpo estraneo. Dopo 3-4 giorni la voce cominciò a farsi imperfettamente sentire ed oggi è appena un poco rauca. Del resto non si è avuto a notare nessun fenomeno morboso.

Ha la parola il Prof. Chiara, il quale riferisce la storia di una gravidanza extra-uterina.

Esposta brevemente l'anamnesi fino al momento della prima visita, che fu la sera del 13 dicembre 1883, descrive il reperto dell'esame manuale combinato che gli fece accogliere il sospetto trattarsi di gravidanza fuori uterina; ma se questa fosse finita con la rottura della cisti, donde i fenomeni di peritonite che avean preceduto la visita di tre settimane, o se fosse tuttora persistente e in via di sviluppo, non potevasi subito decidere, per cui trovando necessario altro e più minuto esame, consigliò la paziente a farsi accogliere in clinica dove giungeva la sera del 14. Due giorni dopo si ripeté l'esame ginecologico aggiungendovi l'uso della sonda uterina che rivelò l'utero vuoto, ma ipertrofico, misurando il diametro longit. centm. 11. Intanto persistendo tutti i fenomeni della gravidanza e continuando a crescere il tumore, fu diagnosticata gravidanza extra-uterina tuttora in atto e probabilmente tubarica: peraltro nell'intento di assodare meglio la diagnosi e incominciare la cura, il 22 dicembre venne praticata una puntura esploratrice e aspiratrice che diede un mezzo bicchiere di liquido di colore rosa pallido, poverissimo di albumina e che non dava coagulo col riposo: alla puntura si fece seguire l'applicazione della corrente elettrica continua con lunghe interruzioni.

La corrente riuscì assai dolorosa, e ad ogni applicazione teneva dietro una specie di travaglio, caratterizzato da dolori intermittenti, contrazioni dell'utero e una volta espulsione di una membranella che il microscopio dimostrò mucosa uterina: insieme a'dolori si notarono per qualche giorno imponenti fenomeni riflessi, specialmente gastrici, cardiaci e cerebrali, che una notte cessarono completamente e bruscamente. — Da questo momento il tumore prese a diminuire con notevole rapidità, mentre l'utero alla sua volta s'im-

piccoliva, e il 20 febbraio questo segnava alla sonda 7 centm., e il tumore si trovava ridotto a un nocciolo non più grande di un'avellana. Il 22 febbraio la donna lasciava la clinica in ottime condizioni, e pochi giorni dopo si riaffacciava la mestruazione. Durante la involuzione del tumore fu notata la montata lattea come in un puerperio regolare dal 3° al 4° giorno, evento che confermava indiscutibilmente la diagnosi di gravidanza fuori uterina.

Compiuta la esposizione del caso clinico, il Prof. Chiara fa qualche considerazione sul valore curativo della puntura e della elettricità ed espone le ragioni che lo indussero ad associare i due compensi terapeutici, tra le quali la possibilità che la gravidanza potesse continuare dopo la sola puntura. Fa poi invito ai colleghi di visitare la donna: all'invito rispondono il Prof. Pellizzari Pietro e il Dott. Boncinelli che constatano la normalità del fornice vaginale e dell'utero.

Il Prof. Luciani ama di fare alla Società un breve resoconto dei lavori compiutisi quest'anno nel Laboratorio di Fisiologia da lui diretto, sia dei lavori propri che di quelli dei suoi coadiutori ed alunni al corso di perfezionamento. Spera che ciò troverà degl'imitatori nei Colleghi, essendo un modo assai semplice per far conoscere al pubblico la produttività scientifica del nostro Istituto, per incoraggiare i bravi giovani che attendono a perfezionarsi nei diversi rami della nostra scienza, infine per dischiudere alla Società Medico Fisica una nuova serie di atti che possono riescire ad incremento e decoro della medesima.

Omette di parlare degli importanti lavori compiuti dal suo egregio aiuto il Dott. Fano, perchè furono già da lui — come Socio — comunicati nella precedente seduta. Comunicherà brevemente i risultati dei lavori dei suoi allievi.

Il Dott. Dario Baldi in continuazione di una memoria « *Sul decorso della secrezione biliare* » i di cui risultati furono nello scorso anno comunicati alla Società, si è quest'anno occupato « *Della formazione dei componenti biliari e della funzione emuntoria del fegato.* »

Il Dott. Baldi ha cominciato col ripetere le esperienze da lui fatte su l'azione dei colagoghi sulla secrezione biliare. Ad un cane con fistola biliare ha somministrato i sali di Carlsbad, il calomelanos ed il salicilato di soda senza notare alcuna modificazione sulla quantità della bile secreta.

Per conoscere *de visu* i fatti che Bernard, Mosler, Lussana ed altri fisiologi hanno osservato, cioè che dopo l'introduzione nell'organismo di alcune sostanze, assimilabili o no, queste sono in parte eliminate con la bile; ha ripetuto alcune delle loro esperienze, ed ha fatto ingerire per bocca, iniettato sotto la cute sostanze non ancora sperimentate. Così ha fatto ingerire dello alcool, iniettato sotto la cute dell'acido salicilico ad un cane e ritrovato tanto l'alcool, quanto l'acido salicilico sia nelle orine che nella bile, egualmente come si rinvenivano tanto nella bile, quanto nelle orine il glucosio, l'albumina di uovo, i sali di rame ecc. iniettati per le vene, o sotto la cute o fatti prendere per bocca.

Alla somministrazione di alcool nel primo tempo tenne dietro un aumento di secrezione, mentre poi in un secondo tempo cessò quasi di colare la bile dalla fistola.

In seguito, profittando di una osservazione del Dott. Fano, ha iniettato del peptone nelle vene per avere un abbassamento della pressione del sangue ed ha ottenuto un arresto di circa un'ora e più, e una diminuzione notevolissima del secreto biliare.

Ha praticato anche delle iniezioni intravenose di sangue defibrinato omogeneo, di sangue defibrinato eterogeneo e di siero di sangue eterogeneo.

Per l'iniezione di sangue omogeneo non ha avuto ad osservare altro che un leggero aumento di temperatura; niente di notevole poi nè nelle orine, nè nella bile. Dopo l'iniezione invece di sangue eterogeneo ha osservato: abbattimento dell'animale; forte aumento di temperatura; passaggio di globuli rossi intatti nella bile; aumento notevole di sostanze solide della bile e specialmente di quelle solubili in alcool; forte ematuria.

L'animale si è poi ristabilito completamente ed in brevissimo tempo.

Dietro iniezione di siero di sangue eterogeneo ha avuto: abbattimento fortissimo dell'animale; aumento notevole di temperatura; vomito; diarrea e stimoli incessanti a defecare. Nella bile ha trovato un aumento procentuale delle sostanze solide, quantunque la bile fosse di un bel colore giallo-oliva e poverissima di muco; *abbondanza di pigmenti e presenza di acidi biliari nelle orine*. Gli acidi biliari si trovarono nelle orine anche nei due giorni successivi all'iniezione; i pigmenti poi si trovarono anche dopo tre giorni.

Tanto i pigmenti quanto gli acidi biliari scomparvero a poco a poco.

Ha ripetuto anche gli avvelenamenti lenti con fosforo in animali senza fistola ed anche in un cane con fistola biliare.

Negli animali senza fistola biliare ha ottenuto, come si sapeva, degenerazione giallo-acuta del fegato ed alla necropsia ha riscontrato la cistifellea ripiena di bile, e la superficie intestinale tutta ricoperta di molta bile. Nel cane con fistola biliare ha osservato che la bile ha continuato a colare dalla fistola quasi fino alla morte. Nelle ultime 36 ore però non era molto abbondante, ma in compenso era di una densità superiore alla normale.

Ha cessato di colare bile, già resa di una consistenza addirittura siruposa, solamente 24 ore avanti la morte. Durante questo tempo, esaminando le orine raccolte dall'animale, vi ha rinvenuto *pigmenti ed acidi biliari*. Nelle orine estratte dalla vescica dopo la morte, trovò pure *pochi acidi e pigmenti biliari in abbondanza*.

Più volte poi il Dott. Baldi si accorse che quando l'animale perde rapidamente di peso, allora è che secerne più bile. Questo fatto si può osservare benissimo, durante i primi 4 o 6 giorni dopo l'operazione della fistola, durante i quali i due cani persero circa due kilogrammi del proprio peso e versavano moltissima bile.

Il medesimo fatto l'ha anche constatato chiaramente in uno dei cani operati di fistola che servirono per le recenti ricerche, il quale dopo subito una trasfusione di sangue eterogeneo deperì rapidamente in pochi giorni, per poi rifarsi con altrettanta rapidità nei giorni successivi. Durante il deperimento si ebbe gran copia di bile dalla fistola, mentre durante il restauro la quantità della secrezione tornò a diminuire.

Da questo complesso di fatti si posson trarre validi argomenti in appoggio e a conferma della stretta analogia che passa tra la secrezione biliare e la secrezione urinaria, e che fu messa in vista nella precedente memoria dal Dott. Baldi. Infatti le irregolarità del decorso della secrezione biliare; la dipendenza diretta di questa dalla pressione sanguigna; il passaggio in essa delle sostanze inassimilabili o assimilabili non in troppa copia introdotte nell'organismo, sono caratteri comuni anche alla secrezione urinaria.

Se poi si considera che si può avere un aumento di materiali solidi della bile; acidi e pigmenti biliari nelle orine dietro iniezione di sangue o di siero di sangue eterogeneo, il quale come è noto si distrugge nell'organismo in cui si inietta, e distrugge alla sua volta in parte il sangue dell'animale cui s'inietta; se considerasi che la secrezione biliare può continuare non solo nella inanizione, ma anche quando le cellule epatiche sono completamente degenerate; e infine che la bile aumenta quando l'animale perde rapidamente di peso; si hanno forti argomenti per considerare come dimostrato il concetto espresso nella prima memoria, cioè che i singoli componenti della bile, compresi gli acidi biliari (che sono gli elementi specifici della medesima) non sono prodotti esclusivi del fegato, ma piuttosto del complesso dei tessuti dell'organismo, destinati ad essere eliminati poi dal fegato, come l'urea, che pure si forma in tutto l'organismo, si elimina dal rene e l'anidride carbonica dai polmoni.

Da queste conclusioni però non discende che gli elementi componenti la bile siano tutti escrementizi e non utilizzabili dall'organismo. Se si pensa che l'urea, materiale affatto escrementizio, e perciò si versa fuori dell'organismo anche quando si faccia ingerire ad un animale una notevole quantità di bile (Gaglio); e se si considera poi che nelle fecce non si trovano quasi mai acidi biliari, mai glicocolle e taurina e che si trova invece acido colalico e dislissina, e che infine la glicocolle stessa ingerita provoca un aumento di urea (Schulzen e Nancki); tutto ciò induce a ritenere che gli acidi biliari non siano sostanze escrementizie, ma che giunti nell'intestino si scindano, e che la taurina e la glicocolle possono esser riassorbite ed utilizzate dall'organismo come combustibili e ridotte ad urea che poi si elimina per i reni.

Sicchè il fegato avrebbe specialmente il compito di eliminare i prodotti primi intermedi del consumo delle sostanze albuminoidi dell'organismo; mentre al rene spetterebbe più specialmente l'ufficio di eliminare i prodotti ultimi dell'ossidazione delle sostanze suddette.

Il Dott. Gaetano Gaglio ha fatto una serie di ricerche « *sull'autodigestione*; » egli ha osservato, che uccidendo un cane in corso di digestione, e tenendolo per alcune ore in una stufa a 40°, non solamente lo stomaco viene distrutto dall'azione digerente del suo contenuto, ma anche le pareti interne dell'intestino tenue appaiono qua e là estesamente sforacchiate, e il pancreas stesso è attaccato dall'azione dissolvente del proprio succo.

L'autodigestione non deve dunque essere considerata dal punto di vista esclusivo dello stomaco; l'immunità, poi, che durante la vita presenta lo stomaco di fronte al proprio succo, non è tutto affatto particolare a quest'organo.

Se l'arto posteriore di una rana o l'orecchio di un coniglio vivo, messi al contatto del succo gastrico, sono digeriti, gli è perchè questi organi sono lontanissimi dalle condizioni anatomiche e fisiologiche dello stomaco; ma ove si inietti del succo gastrico entro la vescica urinaria di un coniglio, al quale sieno stati esportati i reni per impedire la secrezione dell'orina, non si osserverà mai nell'animale vivo una digestione delle pareti della vescica.

L'alcalinità del sangue circolante, che neutralizzi l'acidità del succo gastrico e gli tolga ogni potere digerente, potrebbe spiegare l'immunità dello stomaco o della vescica verso il succo gastrico, ma siccome anche l'intestino e il pancreas possono venire intaccati dai loro propri succhi alcalini, la causa che impedisce l'auto-digestione durante la vita deve avere un fondamento generale, che consiste in ciò, che i tessuti vivi sufficientemente vascolarizzati non si lasciano impregnare dai succhi digerenti, venendo questi (non solo gli acidi o gli alcali ma anche gli stessi fermenti che contengono) per l'azione dell'assorbimento e della circolazione eliminati, a mano a mano che vi giungono in contatto.

Il Dott. Giuseppe Fasola si sta tuttora occupando intorno all'argomento delle localizzazioni cerebrali, e specialmente *intorno alle funzioni del corno d'Ammon*: ma essendo coteste ricerche la continuazione di una lunga serie di esperimenti compiuti quest'anno dal Prof. Luciani *sulle localizzazioni sensoriali*, così accennerà ai risultati ottenuti dal Fasola dopo avere esposti quelli ottenuti da lui.

Il Prof. Luciani parla dapprima delle difficoltà che s'incontrano per la constatazione sicura negli animali dei disordini totali o parziali, unilaterali o bilaterali dei singoli sensi; e dei mezzi — in parte nuovi — da lui impiegati per superarle. Dice che il mezzo diagnostico più generale consiste nell'osservare il modo di comportarsi degli animali durante l'alimentazione ad occhi chiusi o aperti, ai differenti stimoli che agiscono sui diversi sensi. Descrive brevemente le indagini diagnostiche pei singoli sensi.

Le indagini fatte per localizzare la *sfera visiva* dei cani lo hanno condotto ad ammettere che essa non sia circoscritta alla corteccia dei *lobi occipitali*, come ha creduto il Munk, ma sia molto più estesa. Infatti si ottengono disturbi visivi non solo dietro estirpazione dei *lobi occipitali* ma anche dei *lobi parietali, temporali e frontali*. Ciò non vuol dire però che la sfera visiva — come ammise il Goltz — sia talmente diffusa da non potersi seriamente trattare della sua localizzazione; perchè mentre i disordini visivi che conseguono all'ablazione della corteccia dei *lobi occipitali e parietali* sono *permanenti*, invece quelli che tengon dietro alla decorticazione dei *lobi temporali e frontali* sono *transitori*, e perchè inoltre le decorticazioni parziali dei due primi lobi dan sempre disturbi visivi, mentre quelle parziali dei due secondi lobi possono non produrre apprezzabili alterazioni di detto senso. Dietro questi fatti conclude che la *sfera visiva*, pure avendo la sua sede centrale nella zona *occipito parietale* degli emisferi, non vi resta circoscritta, ma si diffonde parzialmente agli altri lobi entrando per così dire *in ingranaggio* cogli altri centri.

Sulla base di numerose ricerche nega la dottrina di Munk intorno alla proiezione dei diversi segmenti delle retine sui diversi segmenti delle sfere visive. Infatti: 1° si ottiene *emianopsia bilaterale omonima* non solo dopo larga estirpazione di un lobo *occipitale*, ma anche dietro estesa decorticazione di un lobo *parietale* o di un lobo *temporale*; 2° le estirpazioni parziali bilaterali della sfera visiva non producono *cecità parziali* ben distinte, ma disturbi visivi diffusi più o meno intensi secondo l'estensione delle zone estirpate; 3° tanto gli effetti emiopici che si producono nel primo caso, che i disturbi visivi diffusi del secondo caso, non sono fenomeni *permanenti* ma *temporanei*. Tutto ciò dimostra che ciascun segmento della *sfera visiva* ha rapporto sia colle fibre del *fascio ottico incrociato* che con quelle del *fascio ottico diretto*.

Intorno alla *natura funzionale dei centri o sfere visive* i risultati di numerose osservazioni dimostrano che essi non sono la sede delle *sensazioni* ma delle sole *percezioni psichiche*; perchè l'estirpazione bilaterale di estessime zone della sfera visiva non produce — come fenomeno definitivo — *cecità completa ed assoluta* come opina il Munk, ma *semplice cecità psichica* più o meno grave secondo l'estensione della lesione, per cui l'animale vede, ma non discerne ciò che vede.

Gli esperimenti sulle scimmie, sebbene incompleti, si accordano con questi risultati ottenuti dal Prof. Luciani sui cani.

Intorno alla localizzazione della *sfera uditiva*, i risultati degli esperimenti gli hanno dimostrato che essa non trovasi limitata nettamente al lobo *temporale* come insegna il Munk: ma si estenda anche al lobo *parietale*. Rispetto ai rapporti dei due centri cogli organi periferici dell'udito, ha confermato il fatto già precedentemente sostenuto da lui col Tamburini, vale a dire che ciascun orecchio ha rapporti con ambedue le sfere uditive, ma a prevalenza con quella dell'opposto lato. Infatti qualsiasi estirpazione unilaterale della sfera uditiva porta un disordine acustico bilaterale, ma prevalente nell'orecchio del lato opposto; e qualsiasi estirpazione della sfera uditiva dell'altro lato, dopo cessati gli effetti della prima estirpazione, non solo produce disturbi dell'orecchio opposto ma riproduce quelli dell'orecchio dello stesso lato che erano dileguati.

Finalmente intorno alla *natura funzionale* della sfera uditiva, gli effetti definitivi delle larghe estirpazioni bilaterali dimostrano che non servono alle sensazioni ma alle sole percezioni uditive, non si ha cioè *sordità assoluta e completa*, ma *semplice sordità psichica*, contrariamente a quanto insegna il Munk.

Le ricerche sulla *sfera olfattiva* sono meno numerose. Esse però permettono al Prof. Luciani di farsi fin d'ora un concetto della sua localizzazione nella corteccia. Si ottengono disturbi olfattivi tanto dietro estirpazione della *corteccia marginale alla fossa del Silvio*, e alla porzione anteriore della *circonvoluzione dell'ippocampo*, dell'*uncus* o *subiculum cornu Ammonis*, quanto dietro estese estirpazioni nell'ambito del lobo *parietale*.

Nulla ha potuto rilevare intorno alla localizzazione del senso del gusto, per le insuperabili difficoltà dell'esame e diagnosi dei disturbi di cotesto senso.

Finalmente intorno alla *sfera sensoria generale*, ossia al centro corticale delle diverse forme del senso cutaneo e muscolare, i risultati sperimentali tanto nei cani che nelle scimmie gli hanno evidentemente dimostrato che qualsiasi estirpazione unilaterale più o meno estesa nell'ambito della così detta *zona motrice*, produce effetti paralitici non solo di moto ma anche di senso, nel lato opposto del corpo; e che non è possibile una precisa delimitazione dei singoli centri contenuti in detta zona, fondandosi non nelle reazioni agli eccitamenti elettrici nei diversi punti della medesima, come per primi fecero Hitzig e Ferrier, ma negli effetti delle estirpazioni parziali, come ha preteso il Munk. Infatti l'estirpazione limitata a un solo centro motore produce effetti paralitici sensorio-motori non circoscritti alla parte del corpo corrispondente, ma più o meno diffusi a tutta la metà del corpo, il che dimostra che i diversi centri sono in intimo nesso o ingranaggio tra loro.

Altre ricerche dimostrano che la *sfera sensoria generale*, presa nel suo complesso, non è circoscritta alla così detta zona motrice, ma si estende anche in avanti verso la punta del *lobo frontale* e all'indietro nel *lobo parietale*, il che dimostra una certa indipendenza tra i centri di moto e quelli di senso.

Il risultato più generale delle ricerche del Prof. Luciani è che ciascuna sfera sensoriale (visiva, uditiva, olfattiva, sensoria generale) oltre a possedere un *territorio proprio* di corteccia cerebrale, ha anche un *territorio comune* a tutte e quattro, che è rappresentato dal lobo parietale. Siccome in questa regione ha luogo l'*incontro reciproco*, l'*ingranaggio* e la conseguente *conglobazione* dei singoli centri sensoriali; ognuno comprende come sia la parte più importante degli emisferi cerebrali del cane, dei quali rappresenta il *centro dei centri*. Infatti l'estirpazione di detta regione (a cui Munk attribuisce l'umilissimo ufficio di provvedere alla sensibilità tattile dei globi oculari e delle congiuntive) produce lesioni di tutti i sensi, da cui deriva un profondo cangiamento della *psiche* dell'animale, su cui ha per prima richiamato l'attenzione il Goltz, venendo a mancare la *normale associazione delle percezioni e delle immagini psichiche* che sembra debba essere condizionata dall'*ingranaggio* delle diverse sfere sensoriali.

Il Dott. G. Fasola sta continuando queste ricerche, occupandosi specialmente a ben determinare le funzioni che spettano alla *regione dell'ippocampo*, vale a dire del *corno d'Ammon* o *gran piede d'ippocampo* e della *circonvoluzione omonima*. Le sue ricerche permettono fin d'ora di concludere che queste regioni fanno parte principalmente della *sfera visiva*, ma non sono estranee del tutto nè alla vicina *sfera uditiva*, e molto meno alla *sfera olfattiva*. Infatti tutti e tre cotesti sensi sarebbero lesi in seguito ad estirpazioni o distruzioni più o meno estese di detta regione. Ma più completa comunicazione degli studi del Dott. Fasola sarà fatta alla Società dopo completati gli studi sperimentali tuttora in corso.

Il Prof. Luciani finisce col lodare l'attività, l'amore alle ricerche scientifiche, l'iniziativa dei tre giovani allievi che hanno quest'anno lavorato nel

suo laboratorio, o ad augurare loro quel successo e fortuna che meritano nella intrapresa carriera, ricca certo di soddisfazioni morali, ma assai avara di materiali compensi.

V^o *Il Presidente*
Prof. P. PELLIZZARI.

Il Segretario
Dott. G. BANTI.

NONA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 13 LUGLIO 1884.

Presidenza del Prof. PIETRO PELLIZZARI, Presidente.

L'adunanza è aperta alle ore 1 pom.

Sono presenti il Socio Emerito Prof. G. Pellizzari, il Socio corrispondente Dott. Sonsino ed i Soci conservatori Dott. Banti, Dott. Bargioni, Dott. O. Bertini, Dott. A. Bianchi, Dott. Boncinelli, Dott. Bottari, Prof. Chiara, Dott. Celoni, Dott. Ciuti, Dott. Colzi, Dott. Fasola, Dott. Faralli, Dott. Giuntoli, Dott. Marcacci, Dott. A. Paggi, Prof. C. Pellizzari, Prof. P. Pellizzari, Prof. G. Pellizzari.

Il Dott. **Sonsino** legge una sua relazione sui sintomi e la cura del colera, secondo le osservazioni da esso fatte al Cairo. Di questa memoria, riportata per intero nel numero di luglio 1884 dello *Sperimentale*, la parte più estesa si fu quella relativa ai fenomeni offerti dai malati di questa malattia: il Dott. Sonsino finiva osservando dubitare della contagiosità diretta del colera da individuo a individuo, perchè negli spedali del Cairo tre soli infermieri contrassero la malattia.

Il Prof. **Chiara** presenta due operate di ooforectomia per fibroma uterino con esito felice.

Nell'una si ebbe decorso apirettico e riduzione nel diametro verticale del fibroma uterino, piùchè nel suo diametro trasverso. In questo caso l'indicazione fu tratta dall'aumento rapido del tumore.

Nell'altra si univa una retroversione dell'utero con retroflessione, prodotte e mantenute da un cistoma, il quale era al di sopra dello stretto superiore del bacino.

Il Prof. **Luciani**, continuando il resoconto delle ricerche compiute nel suo Laboratorio durante l'anno corrente, espone gli esperimenti eseguiti dal Dott. Aurelio Geri cogli estratti acquoso, alcoolico ed etero della *Crepis lacera*, cicoriacea che vive specialmente nelle montagne degli Abruzzi, illustrata dal socio Dott. Levier.

Gli esperimenti furono praticati nelle rane, sulle cavie, sui conigli e sui cani. Si ottennero costantemente effetti curarici, ma più lenti, più miti e più protratti. Nelle rane con 20 centigr. di estratto acquoso (che si mostrò

sempre il più attivo) i fenomeni si dileguano nel giorno successivo. Se la dose è maggiore l'animale muore dopo alcuni giorni. Alla necropsia si trova costantemente iperemia di tutto il tratto intestinale.

I conigli e le cavie mostransi refrattari anche a dosi elevate dell'estratto comunque amministrato. Con un grammo di estratto iniettato sotto la pelle si ebbe soltanto flogosi limitata nel luogo dell'iniezione.

In un cane l'iniezione di 4 grammi portò la morte nel giorno successivo, con fenomeni convulsivi dapprima e poscia paralitici. All'autopsia si trovò una congestione degli intestini, dei polmoni, del cervello e midolla spinale.

Conclude che la *Crepis lacera* esercita un'azione irritante sul tubo gastro intestinale, con effetti eccitanti dapprima e poi paralizzanti sui centri nervosi. I ruminanti sono immuni dall'azione del veleno contenuto nella pianta in discorso.

Espono poscia una serie di esperimenti eseguiti dal Dott. Francesco Colzi *sulla fisiologia della tiroide*. (Di questo lavoro è stata già pubblicata una succinta memoria nello *Sperimentale* del luglio scorso).

Finalmente il Prof. Luciani comunica le sue più recenti ricerche intorno ai caratteri dell'*atassia cerebellare*. Nelle sue precedenti comunicazioni alla nostra Società intorno a questo soggetto, e specialmente nella memoria già da lui pubblicata, pervenne alla conclusione che l'*atassia cerebellare* sia *condizionata dall'imperfetto tono e dalla insufficiente energia di cui dispone il sistema nervoso motore dei muscoli della vita animale*. Tuttavia ad alcuni, fondandosi sui fenomeni osservati nei cani ai quali il Prof. Luciani aveva estirpato l'intero cervelletto e che erano sopravvissuti benissimo a questa grave operazione, sembrò che egli avesse tenuto poco conto, nel formulare gli effetti fondamentali che conseguono alla mancanza del cervelletto, di un *terzo elemento*, vale a dire dell'*abnorme misura* dei movimenti, che nel cammino dell'animale si esprime col sollevamento maggiore del solito degli arti anteriori, coll'impianto al suolo dei medesimi in forma di esagerata abduzione, infine coll'essere detti movimenti più bruschi e celeri del normale, da produrre un insolito rumore quando l'animale cammina nel pavimento in legno. Anche a M. Schiff, in una *comunicazione preventiva* pubblicata dopo le comunicazioni sullo stesso argomento fatte dal Luciani alla nostra Società, parve di dover ammettere come uno dei fenomeni caratteristici della mancanza del cervelletto un'*abnorme irradiazione* degli impulsi motori ai muscoli che normalmente non entrano in funzione nel compiersi dei diversi movimenti complessi dell'animale scerebellato. Sicchè l'*atassia cerebellare* dipenderebbe da tre distinti elementi o fattori: — 1° Dalla mancanza di tono o di fusione dei movimenti; — 2° Dalla insufficiente energia; — 3° Dalla abnorme misura e irradiazione dei medesimi a muscoli collaterali o antagonisti.

Il Prof. Luciani presenta una cagna a cui fin dal 13 agosto dello scorso anno 1883 fu estirpato l'intero cervelletto, nella quale è facile riscontrare i detti tre elementi dell'*atassia cerebellare*. Tuttavia egli crede di dover persistere nel concetto espresso nella memoria già da lui pubblicata sull'argo-

mento, che cioè soltanto i due primi elementi, vale a dire la *manca*za di *tono* e la *insufficiente energia* dei movimenti sieno una dipendenza della cessata innervazione cerebellare, e che il terzo elemento, vale a dire l'*abnorme misura e irradiazione dei movimenti*, dipenda da irritazione e da lesione dei peduncoli cerebellari e probabile compromissione consecutiva dell'integrità degli elementi gangliari del ponte o del bulbo. La detta cagna infatti presenta un certo grado di *deviazione strabica interna* dell'occhio destro, che non si osservò affatto negli altri cani scerebellati nei quali la necroscopia mostrò integri i fasci peduncolari, e nei quali in vita era meno spiccato il suddetto terzo elemento dell'atassia cerebellare.

Ma due esperimenti praticati nelle scimmie sono la più chiara conferma dei fatti e concetti capitali sostenuti dall'autore nelle sue precedenti comunicazioni riferibili a ricerche sui cani. Egli presenta un piccolo macaco a cui il 31 maggio decorso fu interamente estirpato il *lobo medio del cervelletto*, e un altro macaco della stessa specie che subì il 26 giugno decorso l'estirpazione presumibilmente completa della *metà destra* del cervelletto.

L'odierno esame della prima scimmia non lascia rilevare gran che di anormale. Chi non l'ha conosciuta prima dell'operazione, e non ha seguito il decorso dei fenomeni consecutivi fino ad oggi, assai difficilmente saprebbe determinare in che essa si distingua da una scimmia normale. Ma essa è notevolmente più debole di una scimmia intatta, specialmente negli arti posteriori. Infatti non è capace di tenersi diritta unicamente poggiando su detti arti. Quando le si offre un fico, per stendere la mano, onde afferrarlo, ha bisogno di far presa coll'altra mano su un mobile per non cadere, e quando lo mangia ha bisogno di poggiare sulle callosità ischiatiche e di tenere i gomiti a contatto delle coscie. Oltre gli arti posteriori sono indeboliti anche gli anteriori, come può apprezzarsi con *dinamometro* rappresentato da una *bilancia a spirale elastica* applicata al cinturino dell'addome. Sollevato in aria l'animale, esso cerca di aggrapparsi con tutta forza appena si avvicina ai piedi di un tavolino o di altro mobile. Allora si esercita sull'animale una trazione coll'anello della bilancia e si determina la forza che la scimmia è capace di opporre alla trazione. Prima dell'operazione opponeva una forza da 9-10 chilogr.; dopo l'operazione non è capace di opporre che la forza di 4-5, 5,500 chilogr. Oltre la diminuzione di energia, l'animale ha presentata anche spiccata, dopo l'operazione, la *manca*za di *tono* o di *fusione* nei singoli movimenti, che erano divenuti discontinui e oscillanti; ma questo fenomeno è andato successivamente diminuendo, ed ora ne restano soltanto i residui. Ciò di cui non si è mai osservato traccia in questa scimmia, nemmeno nei giorni immediatamente successivi all'operazione, è la *imperfetta misura e irradiazione* dei movimenti a muscoli che normalmente non entrano in azione. Qualsiasi disordine anche leggero di *coordinazione* è completamente mancato.

Questo esperimento, secondo il Prof. Luciani, dimostra evidentemente due cose: 1° che quello che egli ha appellato *terzo elemento dell'atassia cerebellare*, è una dipendenza dell'irritazione o lesione dei fasci peduncolari del cervelletto, di guisa che manca del tutto quando non ha luogo questa

condizione che lo determina; 2° che l'opinione ammessa da alcuni clinici, specialmente dal Nothnagel, che i disordini di coordinazione dei movimenti sieno legati a lesioni del lobo medio cerebellare, è affatto destituita da qualsiasi fondamento scientifico.

La seconda scimmia a cui fu estirpata la *metà destra* del cervelletto, in guisa da ledere anche il fascio peduncolare di questo lato, presenta fenomeni ben diversi. Essa è tuttora incapace di camminare: è costretta a tenersi avvinchiata ai piedi dei mobili specialmente coi due arti di sinistra, essendo quei di destra tuttora tanto deboli da non poterli affatto adoperare nè pel cammino, nè per prensioni efficaci. Tuttora esistono fenomeni residuali della lesione peduncolare destra, rappresentati dall'innervamento della testa e del collo a destra e da un leggero strabismo, nistagmo e midriasi dell'occhio destro. La resistenza alla trazione che prima era di oltre 10 chilogrammi, ora è ridotta a chilogrammi 3,500. Questi fenomeni erano assai più accentuati nei primi tempi dopo l'operazione, e forse continueranno ad attenuarsi ancora. Una curiosa differenza tra i fenomeni irritativi peduncolari dei cani rispetto a quelli della scimmia sta in ciò, che mentre nei cani si esprimono con *estensioni toniche* degli arti anteriori, nelle scimmie invece si esprimono con *flessioni toniche* dei medesimi. La descritta scimmia infatti nei primi giorni dopo l'operazione teneva costantemente contratti in flessione i singoli articoli dell'arto anteriore destro compresa la mano, fenomeno irritativo che ora è cessato del tutto. Questa differenza tra i cani e le scimmie non è difficile a spiegare. Evidentemente dipende da che nei cani, abituati al cammino e alla corsa, sono prevalenti i muscoli estensori sui flessori; nelle scimmie invece, abituate a rampicare per gli alberi, prevalgono i flessori sugli estensori.

Questo secondo esperimento sulla scimmia permette al Prof. Luciani di trarre le due seguenti conclusioni, che confermano quanto ebbe già a sostenere rispetto ai cani: 1° I *fenomeni d'irradiazione* degli impulsi motorii (*disturbi di coordinazione*) dipendenti da irritazione o lesione del fascio peduncolare del cervelletto di un solo lato, si esercitano solamente sui muscoli dello stesso lato, specialmente degli arti anteriori e del collo; 2° I *fenomeni astenici* dipendenti dalla mancata innervazione di una metà del cervelletto (*diminuita energia e imperfetto tono o fusione dei movimenti*) si producono nei muscoli di ambedue i lati del corpo, ma prevalentemente nei muscoli dello stesso lato operato, specialmente degli arti posteriori.

Il Prof. Luciani infine si augura di poter ripresentare alla nostra Società le stesse due scimmie dopo l'estirpazione completa del cervelletto.

È aperta la discussione sulle comunicazioni dell'altra Adunanza: nessuno domandando la parola si apre la discussione sulla lettura del Dottor Sonsino.

Il Dott. **Tommasi** osserva che alle necroscopie eseguite a Tolone sui colerosi si è trovato il cadavere caldo: domanda al Dott. Sonsino se egli ha avuto occasione di osservare tal caso nei morti di colera in Egitto.

Il Dott. **Sonsino** risponde aver trovato dopo 10 ore i cadaveri dei colerosi freddi, ma che del resto è facile ad osservarsi il fatto del riscaldamento

di cotesti cadaveri e si spiega per la temperatura interna aumentata nel periodo algido, la quale mantiene poi il corpo caldo per un certo tempo.

Il Prof. **Giorgio Pellizzari** concorda che si possono trovare i morti di colera caldi anche 10 ore dopo.

Il **Presidente** rammenta che quando nel 1855 ebbe agio di vedere vari casi di morti di colera, non trovò sempre i cadaveri caldi e di più che spesso vide dei movimenti avvenire anche dopo un certo tempo dall'epoca della morte.

Il Dott. **Tommasi** ringrazia delle date spiegazioni e domanda se si verifica in questi casi la rigidità cadaverica.

Il Dott. **Sonsino** risponde che essa permane e molto se la morte avviene nel periodo algido; è breve se in quello di reazione.

Il **Presidente** rammenta che nel 1855 si prescriveva di curare la diarrea premmonitoria, mettendo subito il malato a letto e che il fenomeno più saliente è il senso di ambascia, a cui giovano grandemente le iniezioni ipodermiche di morfina. Crede non utile il ghiaccio nel periodo algido. Non crede che il colera sia trasmesso a mo' de' contagi fissi, che sia dannoso l'esagerare nelle misure igieniche e ridurre con esagerate precauzioni le popolazioni alla miseria.

Il Dott. **Sonsino**, osserva che in tutte le autopsie de' colerosi ei trovò il cuore sinistro vuoto di sangue, il destro con grumi.

Il Prof. **G. Pellizzari** vorrebbe che il Dott. **Sonsino** pubblicasse il suo lavoro, utile in ciò che si riferisce alla contagiosità del colera, perchè crede che se oggi venisse il colera in Italia mancherebbe la calma, che si ebbe nel 1855, quando i medici dicevano il colera non essere contagioso.

Il Dott. **A. Bianchi** osserva che le teorie odierne ammettendo la trasmissione del colera solo per mezzo delle feccie o dei corpi inquinati da esse, si dovrebbe avere invece più sicurezza, bastando quasi poche precauzioni a salvaguardare dal morbo.

Il Prof. **G. Pellizzari** risponde che teme le esagerazioni.

Si passa alla discussione delle comunicazioni del Prof. **Luciani**, per le quali nessuno prendendo la parola la seduta è chiusa alle 3 1/2 pom.

V° il Presidente

Prof. **LUIGI LUCIANI**.

Il Vice Segretario

Dott. **A. BIANCHI**.

RELAZIONE

SULLE MEMORIE PRESENTATE AL CONCORSO PER IL PREMIO GALLIGO

NELL'ANNATA 1883

Onorevoli Colleghi!

In adempimento allo incarico ricevuto dal compianto Presidente della nostra Società di riferire a Voi, Egregi Colleghi, sulle memorie presentate nel p. p. Maggio al concorso per il premio fondato dal benemerito fu dottore Cav. Isacco Galligo, veniamo oggi a soddisfare tale impegno il meglio che per noi si possa.

Incominciamo dalla Memoria che ha per titolo: « *Considerazioni sull'allattamento.* » Tale memoria riassume tutto ciò che di più noto vi ha nella scienza a riguardo dell'allattamento. Per darvi una idea della memoria, ci limiteremo a riassumerne alcuni passi. L'autore sostiene essere precetto di sana pratica l'avvezzar i bambini avanti il 5° mese, perchè più tardi ciò riuscirebbe difficile, a suggerere il latte dal poppatojo, al che crediamo non si penserà fino a che l'allattamento procede bene.

Nella 2ª pagina l'autore scrive: « Per altro il latte dell'uno o dell'altro animale che sia, è valevolissimo per l'allattamento sì misto che artificiale, poco scostandosi dal latte della donna. » Ma così esprimendosi, l'autore sembra dimenticare la capitale differenza che esiste fra la caseina del latte di donna che coagula in fiocchi piccoli e molli e quella del latte vaccino che coagula in grossi e densi fiocchi meno facili ad essere disciolti dal succo gastrico del bambino e che il latte di asina è quello che a tale riguardo più si avvicina a quello della donna, e meriterebbe di essere preferito per l'allattamento artificiale. Così pure della maniera di diluire il latte vaccino a seconda della età del bambino e di quella per conservarlo dà precetti incompleti. Nè punto accettabile senza riserva stimiamo il consiglio seguente: che quando il bambino sorpassa l'aumento quotidiano in peso di 20-25 grammi, ciò che equivale circa all'aumento medio nei primi quattro mesi della vita, sia non ostante conveniente amministrarli altro latte oltre quello della madre, *perchè esso trovi sufficiente nutrimento e perchè questa non deperisca di troppo.* Se questa deperisse si renderebbe per riguardo a lei

necessario sostituire in parte all'allattamento naturale quello artificiale; ma per riguardo al bambino, se l'accrescimento quotidiano del peso del suo corpo è normale o più che normale, niente di meglio che seguitare invariato un allattamento che dà risultati così buoni.

L'autore a proposito dell'allattamento dei bambini sifilitici consiglia a pag. 10 di non dare a balia le creature deposte nei pii stabilimenti che dopo 2-3 mesi, (termine troppo breve) senza pensare ai gravi inconvenienti spesso letali che ha l'allattamento artificiale nei primi 2 e 3 mesi della vita e senza proporre alcun rimedio a così pernicioso per quanto prudente consiglio; tale rimedio sarebbe secondo il Parrot l'allattare essi bambini con latte di asina. Toccandò questo argomento l'autore avrebbe dovuto meglio approfondire una questione di tanta importanza.

L'autore narra avere osservato delle contrazioni involontarie dolorose dei muscoli dell'estremità sì superiori che inferiori, talora anco di quelli della faccia in donne che allattavano. Tali turbe nervose, se si sospendevano con l'amministrazione di qualche bagno o di qualche antispasmodico, non cessavano però che desistendo dall'allattamento. L'autore allude qui senza dichiararlo a dei casi di tetania, così frequente in quelle che allattano che si credeva questa malattia speciale delle balie e il Trousseau la denominò dapprima *contracture rhumastimale des nourrices*, per quanto da noi non si abbia così frequente occasione di osservarla.

Per diminuire gl'inconvenienti del dare a balia i bambini, l'autore consiglia a pag. 17 i seguenti mezzi:

1° Istruire le madri e le balie il più che sia possibile nei più elementari precetti della igiene della infanzia:

2° Formare una sorveglianza attiva per le famiglie che tengono bambini a balia, inviando, ove occorra, il medico comunale presso di esse, ovvero facendo portare il bambino alla casa del medesimo, sia per constatare il suo stato di salute, sia per pesarlo e suggerire gli opportuni consigli igienici tanto alla balia che alle persone incaricate di sorvegliare il bambino:

3° Offrire un premio, ove si tratti di bambini presi in un Pio Istituto alla balia che riporterà il bambino sano e robusto superiormente agli altri riportati nel corso dell'anno.

Precetti questi utili e dei quali il 2° è per essere adottato nella Capitale della Lombardia. Infine consiglia di concedere alle madri povere quel compenso che si dovrà più tardi dare ad una balia per essere alle prime scomparso il latte.

L'autore finisce la sua memoria dichiarandosi avversario dell'allattamento artificiale, al quale preferisce giustamente il materno e il misto e reca infine una piccola statistica a dimostrare che la mortalità di bambini allattati in città è maggiore che nelle campagne e maggiore se dati a balia in confronto degli allattati dalla madre, verità queste già da gran tempo notissime e di cui nessuno osa dubitare.

Venendo alla 2ª Memoria che ha per titolo *della diffusione vaccina o vaccino diffuso*, l'autore in un preambolo troppo lungo in confronto alla

importanza del suo lavoro e con una definizione pure troppo lunga sostiene esistere differenze di volume e prominenza tra le pustole prime d'insizione e quelle consecutive e di diffusione non avvertite da altri osservatori e ne adduce delle ragioni insufficienti. Anzi uno di noi (il Prof. Levi) vide le pustole del vaccino diffuso meno prominenti delle primitive. Afferma inoltre che la evoluzione del vaccino diffuso è più breve, e ne dà causa alle diverse regioni, ove si sviluppano le pustole e alla irritazione prodotta dall'ago dello innesto. Tale fatto peraltro non è stato osservato nè nei casi del Padien, nè in quelli del Prof. Levi ed oltre a ciò la irritazione causata dall'ago sparisce prontamente.

Nella rivista storica l'autore suppone una ben maggiore frequenza del vaccino diffuso di quello che sia dimostrato ed erroneamente interpreta le citazioni di autori antichi come riferibili a vaccino diffuso. E facendo menzione delle discussioni del Comitato di Venezia sulla vaccinazione suppone affatto gratuitamente che se non fosse stata la ristrettezza del tempo vi si sarebbe trattato e discusso del vaccino diffuso, al quale allora nessuno pensò.

Le citazioni del Varlomont e del De Renzi sono ambigue e la storia del vaccino diffuso comincia solo col Roger, come è dichiarato nel lavoro sul vaccino diffuso del Prof. Levi.

Nella breve rivista storica delle osservazioni moderne l'autore ha dimenticato quelle ultime del Rigabert, « *Gazette des hopitaux*, 1882. n. 103. » del Kolischer « *Deutsche mediz. Wochenschrift* 28, 1882; » del Martin « *New York med. Record* 597; » del Gueniot « *Progrès med.* 20, 1882; » del Behrend « *Ueber vaccinale Hauteruptionen, Berlin Klin. Wochenschrift* 1881, 46, » e le citazioni fatte non sono che di nomi e non dei libri onde furono attinte.

Il 1° caso di osservazione dell'autore di vaccino diffuso lascia qualche dubbio se si trattasse veramente di tale forma e non piuttosto di accidentale eruzione pustolosa consecutiva, ed è poi da notare che l'autore omette di riferire in quanti giorni decorse e ogni altro particolare del caso.

La 2ª osservazione è riferita meglio, ma erroneamente l'autore vuole per essa provare che il vaccino diffuso è più frequente assai di quello che comunemente si ammette; per ciò solo che si evita di vaccinare quando la pelle è irritata. Concesso anco che questa fosse la ragione del fatto, non perciò è meno vera la rarità del vaccino diffuso. E a provare che non è così, bisognavano moltiplicate osservazioni attendibili e non ragionamenti fallaci.

Per provare poi che il vaccino diffuso è originato da irritazione della pelle, l'autore si è valso di un esperimento ingegnoso, cioè pungendo con un ago da vaccinazione ben deterso in vari punti la pelle di bambini dopo vaccinati, ma per ben tre volte ebbe un risultato negativo. Solo in un quarto caso egli inoculò il vaccino nel braccio destro e nell'altro finse d'inocularlo con lo stesso ago previamente ben deterso. Ora avvenne che nel braccio destro si svilupparono le pustole vacciniche al 4° giorno e al 7° giorno nel braccio sinistro. Perchè tale osservazione avesse tutta la importanza che l'autore le vuole dare, occorreva che egli si fosse servito dello stesso ago non solo ben deterso, ma esposto alla fiamma, o meglio di uno affatto nuovo.

L'esperimento dell'autore diretto a dilucidare se il vaccino diffuso sia causato dalla qualità del *virus* inoculato, oppure da speciali disposizioni della pelle del vaccinato, inoculando senza alcun danno od inconveniente dei bambini sani con un vaccino tolto a un scrofoloso, non aggiunge niente a quanto già si sapeva in proposito, noto pure essendo che si è avuto la diffusione del vaccino anco scegliendo per vacciniferi dei bambini sanissimi.

Che la comparsa delle pustole di vaccino diffuso debbasi a irritazioni e morbose predisposizioni della pelle fu già sostenuto e dimostrato da Autori Francesi, dal Galligo e da uno di noi (Prof. Levi). Ma a torto l'autore afferma esser questo l'unico modo di origine dello sviluppo del vaccino diffuso, escludendo quello di una possibile autoinoculazione. A torto nega a un bambino di 5-6 mesi la capacità di graffiarsi ed erroneamente argomenta sul tempo d'introduzione ed evoluzione della materia vaccinica. Non è vero che il vaccino sia efficace soltanto al 6° giorno. Già il Trousseau dimostrò ed altri poi confermarono, fra i quali lo stesso Prof. Levi, che il vaccino è efficace al 5° e perfino al 4° giorno. Non è giusto che il tempo decorrente dalla inoculazione del *virus* vaccinico allo sviluppo delle pustole sia sempre lo stesso, come sembra credere l'autore; chè mentre alcune pustole si sviluppano al 4°, 5° giorno, si hanno esempi di altre sviluppatesi al 10° e perfino al 30° giorno. Perciò anco se la comparsa delle pustole del vaccino diffuso si fa tardivamente, è sempre esplicabile con l'autoinoculazione, la quale sarebbe possibile anco al 6°-7° di dall'avvenuta inoculazione vaccinica, come rivaccinazioni con esito positivo eseguite in detti giorni ad evidenza dimostrarono. Non si può conseguentemente negare nella genesi del vaccino diffuso la possibilità dell'autoinoculazione, sebbene si ammetta dalla più parte dei trattatisti e dallo stesso Prof. Levi che la origine più comune e più frequente ne sia la morbosa disposizione della pelle del vaccinato.

Degno di encomio è l'esperimento fatto sopra sè stesso dallo autore inalando della materia vaccinica sciolta con un polverizzatore a doppia palla e quindi pungendo il suo avambraccio in 9 punti diversi con la comparsa al 3° di di un falso vaccino, ciò che confermerebbe sull'uomo gli esperimenti di Chaveau sui cavalli. L'autore ha ripetuto dopo del tempo delle punture ai suoi avambracci con la semplice comparsa di una piccola areola rossastra, come può osservarsi in seguito di una puntura qualunque. Tali ingegnosi esperimenti hanno certo d'uopo di essere ripetuti con tutte le cautele per potere dar loro un valore reale. Ma certo prematura e non accettabile è la proposta che ne fa seguire l'autore di sostituire in regola generale la inalazione del vaccino secco e polverizzato allo innesto consueto per risparmiare ai bambini quest'atto operativo che egli chiama apprensivo e doloroso!! E nemmeno si può menar buona la ipotesi emessa dopo tale proposta di una possibile manifestazione locale del vaccino nei visceri interni (bronchi, polmoni, intestini), concetto questo affatto nuovo ed ipotetico, contrario alla scienza ed alla esperienza.

In ultimo l'autore espone a lungo le cure da apprestarsi a bambini delicati e scrofolosi prima di sottoporli all'innesto per evitare in essi il vaccino

diffuso, fermo sempre, come egli è nell'erroneo concetto della facilità, frequenza e gravità del medesimo in opposizione alle osservazioni fino a qui fatte che lo dimostrarono invece rarissimo e generalmente senza gravità.

Veniamo adesso alla 3^a memoria che ha per soggetto *la Paralisi spinale infantile*. L'autore esordisce rilevando a torto essere pochi i trattati di Pediatria e malattie nervose che si occupano diffusamente e a fondo di tale malattia ed anco nel trattare la parte storica mostra non avere conoscenza degli ultimi lavori tedeschi in proposito, come ad es. la monografia dello Erb nel grande trattato di patologia speciale dello Ziemssen e quella ancora più diffusa del Seligmüller nel grande trattato di malattie dei bambini del Gerhardt. In generale l'autore si attenne troppo esclusivamente agli scritti del Laborde e del Vizioli e trascurò ogni citazione esatta delle opere riportate nella sua memoria.

La definizione che egli dà della malattia è chiara e precisa e buona abbastanza, ma forse troppo più anatomica che clinica e certo inferiore e meno completa di quella che ne dà il Seligmüller. Per altro il lettore che si suppone ignaro dello argomento, non è previamente preparato a questa definizione che riassume come di dovere tutta la dottrina professata intorno al morbo in questione. Meglio sarebbe stato se l'autore l'avesse fatta precedere da un più completo trattatello storico e bibliografico svolto meglio e con più ordine.

La etiologia è nel complesso trattata bene, con sufficiente accuratezza e dottrina ed esposizione chiara e buona critica. Emette il concetto della probabile importanza etiologica della sifilide ereditaria, (ciò che confermerebbe qualcuno dei suoi 4 casi), ma nol discute a fondo, nè ampiamente e solo lo accenna.

Buona e chiara la divisione e descrizione dei fenomeni iniziali e consecutivi della paralisi, giusta la dimostrazione della non esistenza di veri e propri fenomeni prodromi e della non importanza di quelli che pure si avvertono. Buoni e ben trattati i capitoli III e IV ove l'autore parla dei fenomeni iniziali in particolare, della estensione e poi regressione della paralisi, dell'atrofia delle parti paralizzate e loro deformazioni. L'autore dà esatte descrizioni e riferisce e riassume bene le opinioni degli autori. Buono pure il capitolo della durata, esiti e complicazioni della paralisi spinale infantile ed ottimo quello della prognosi. — L'anatomia patologica è trattata con dottrina, estensione e chiarezza e così pure la patogenesi; se non che nel trattare questi due capitoli ritorna nella parte storica e qui soltanto ricorda le varie opinioni degli autori. Senza queste ripetizioni tali capitoli avrebbero guadagnato in brevità, chiarezza ed efficacia.

Nella patogenesi è bene confutata la opinione del Bouchut sulla origine periferica della paralisi spinale infantile, ossia per alterazione primitiva dei muscoli.

Con molta dottrina e diffusione anco eccessiva è trattata la diagnosi differenziale e l'autore avrebbe fatto meglio a restringere questo capitolo alle giuste proporzioni del lavoro, parlando solo delle altre forme di paralisi più

facili a confondersi con quella in questione; specialmente la descrizione dei riflessi tendinei nelle varie paralisi è troppo diffusa.

Nel capitolo della cura non è troppo bene trattata quella dello stadio iniziale per esservi affastellati vari consigli di rimedi e metodi senza buona critica: anzi a tale riguardo l'autore avrebbe avuto miglior consiglio attenendosi ai precetti del Seligmüller ed evitando certe inesattezze di linguaggio, come quella di chiamare *derivativi* le sottrazioni sanguigne, i bagni di aria calda e secca.

Meglio trattata è la cura del 2° periodo, nella quale parla diffusamente e bene della elettricità, non senza incorrere tuttavia in una grave omissione, giacchè dimentica l'applicazione della corrente continua lungo la spina raccomandata dallo Erb, Althaus e dal Seligmüller.

Dei 4 casi di sua osservazione citati sulla fine della memoria, il primo è riferito abbastanza bene; ma la paraplegia descrittavi non è abbastanza tipica per la quasi mancanza dell'alterazione muscolare e per essere conservati o quasi i riflessi tendinei, non che la contrattilità elettrica.

Il 2° caso è caratteristico di paraplegia flaccida, ma non vi è indicato lo stato di nutrizione degli arti inferiori paralizzati.

Il 3° caso di monoplegia destra inferiore è bene descritto; non così il 4° pochissimo caratteristico.

Aggiungasi che nel 1°, 2°, e 4° caso manca la osservazione del decorso ulteriore della malattia, non che dei risultati della cura.

Nel riepilogare la sua memoria l'autore afferma non dubitare che alfine si giunga a scoprire le cause del morbo in parola, ad apprezzarne i sintomi precursori e a conoscere così rimedi valevoli a prevenirlo e curarlo; ciò che fino ad oggi non può riguardarsi pur troppo che come una utopia etiological, diagnostica, profilattica e terapeutica.

Riassuntevi così, Onorevoli Colleghi, le tre memorie presentate al concorso, la Commissione da Voi eletta per esaminarle crede di dovere escludere dalla discussione del premio la prima contrassegnata dal motto: « *Ingegnati se puoi di essere palese* » e che ha per soggetto: « Considerazioni sull'allattamento » perchè non contiene niente di nuovo e neppure buoni e bene ordinati precetti. Quasi tutte le cose espostevi sono notissime e le poche che nol sarebbero, sono in parte molto discutibili.

E nemmeno crede doversi proporre il premio per la seconda memoria dal motto: « *Si tibi vera videtur dede manus et si falsa est accingere contra* » e per soggetto « Della diffusione vaccinica o vaccino diffuso » perchè contiene pochissime osservazioni nuove ed importanti ed alcune anzi assai discutibili ed erroneamente interpretate, attribuendosi in essa una esagerata importanza ed una esagerata estensione ad una forma morbosa per sé rarissima e generalmente non grave.

La terza memoria « Sulla paralisi spinale regressiva della infanzia e dal motto: « *Paralysis sit interdum in pueris vel in uno membro vel in toto corpore* » benchè non rechi fatti nuovi, nè estenda il patrimonio della scienza sul capitolo di detta malattia, ha sulle altre due il pregio grandissimo di

trattare un argomento più importante e in modo completo o quasi, riassumendo tutta la dottrina di tale forma morbosa con sufficiente esattezza, ordine e buona critica da potere riuscire una utile guida ai medici pratici che non avessero fatti particolari studi su tale argomento. Perciò la Commissione la ritiene indiscutibilmente superiore non solo alla prima, ma anco alla seconda memoria e come lavoro di buona e accurata compilazione meritevole di essere incoraggiata col premio, avuto anche riguardo alla scarsità e mediocre importanza di lavori fino a oggi pubblicati in Italia in argomento di pediatria.

Prof. M. R. LEVI.

Dott. CELSO PELLIZZARI.

Dott. PIETRO CELONI (Relatore)

ATTI
DELLA
SOCIETÀ MEDICO-FISICA
FIorentina

COMPILATI DAL SEGRETARIO

Dott. GUIDO BANTI

Anno Accademico 1884-85

FIRENZE
TIPOGRAFIA CENNINIANA

—
1886

ACCADEMICI

DELLA

EDICO-FISICA

ENTINA.

ACCADEMICI

DELLA

MEDICO-FISICA

DI PADOVA.

ACADEMICO, 1884-85

Prof. PIETRO PELLIZZARI
Prof. LUIGI LUCIANI
Dott. GUIDO BANTI
Dott. AURELIO BIANCHI
rispondenze, Dott. RAFFAELLO ZANNETTI.

O-FISICA FIORENTINA

PUBBLICA DEL 7 DICEMBRE 1884.

rof. LUIGI LUCIANI, *Vice-Presidente*.

loni, Pereyra, Bajardi, Fasola, Grilli, Levi, chietti, Colzi, C. Pellizzari, Campani, A. Paggi, . Romiti socio corrispondente nazionale, ed il

. Levi pronunzia le seguenti parole:
revedute e dalla mia volontà indipendenti non
ito e desiderio mio, ai funerali di quell'uomo
mpianto, che fu Giuseppe Barellai, nè dinanzi
l'esanime spoglia rivolgergli, a nome degli
neto in particolare, l'estremo saluto di ricono-
vivissimo; vogliate ora, onorevoli Soci, conce-
menti. Altri lodarono e loderanno in Lui il
o soldato delle patrie battaglie, il medico dotto
ed arguto: e più d'uno di voi potrà bene
tività scientifica del Barellai e quanta parte
lavori della Società nostra. A me basta e giova
ora sua d'iniziativa e propaganda calorosa, in-
pizi Marini, abbia Egli altamente ben meri-
, e onorato insieme col nome proprio quello
rentina. Sarà nobile vanto di questa di avere
lei Barellai ed alla straziante vista della ef-
risposto col prendere volenterosa la difesa e
arellai. L'attuazione d'essa a Viareggio e poi
i, sempre più grandi e prosperi e meglio or-
iana; e l'ammirazione e imitazione di che fu
mpulso di scienziati e filantropi stranieri, negli
arà il monumento più degno e durevole del

nome e dei meriti del Barellai. E deve essere argomento di vera e giusta compiacenza per la Società nostra e di conforto nel deplorare la perdita di un uomo che la onorò con la mente e col cuore.

Il Dott. **Boncinelli** dice non volere oggi enumerare tutti i meriti scientifici e filantropici del Prof. Barellai. Egli si limita a ricordare che il Barellai fu già Vice-Presidente di questa Società, di cui prese parte attiva ai lavori e che nel seno di questa medesima Società svolse i suoi progetti sulla fondazione degli Ospizi marini. Infine il Dott. Boncinelli riferisce i titoli delle memorie scritte dal Prof. Barellai e che sono i seguenti:

1. Considerazioni sopra la Zoonomia di Erasmo Darwin.
2. Osservazioni sopra l'azione pustulativa dell'olio di croton tillio.
3. Osservazione di una tubercolosi delle tube fallopiane con duplice perforazione della tuba destra.
4. Osservazione di una tubercolosi del cuore.
5. I pensieri di un Medico del Secolo XVI.
6. Degli Ospizi marini gratuiti per gli scrofolosi indigenti.
7. Degli Ospizi marini del nuovo Spedale di Pietrasanta.
8. Intorno al libro del Sig. Giovanni Angiolo Franceschi intitolato « Dell'educazione popolare e del Patronato civile delle moltitudini. »
9. Degli Spedali delle Provincie Toscane.
10. Sulla necessità di convertire ad uso di Spedali pe' fanciulli e pei convalescenti qualcuno de' Conventi soppressi nei colli vicini a Firenze.
11. Lo Spedale di S^a Maria Nuova (Relazione).

Il Vice-Presidente Prof. **Luciani** a nome di tutta la Società si associa a queste onoranze rese alla memoria del Prof. Barellai e dichiara che esse saranno inserite nel Processo Verbale dell'odierna adunanza.

Il Dott. **Boncinelli** dice che per rendere un solenne tributo di onore alla memoria del Prof. Barellai, la Società potrebbe chiedere alla di Lui Famiglia la medaglia ottenuta per la fondazione degli Ospizi marini all'Esposizione di Torino. Questa medaglia potrebbe venire conservata negli Archivi della Società.

Il Dott. **Grilli** dichiara che egli non ha nulla da opporre a tale proposta, ma teme che la richiesta di questa medaglia possa apparire indiscreta alla Famiglia dell'Estinto, la quale probabilmente avrà piacere a conservare presso di sé questo attestato di alta onorificenza. Propone invece che sia posta una lapida commemorativa del Prof. Barellai nel locale della Società.

La proposta del Dott. Grilli è presa in considerazione dalla Società e viene rinviata alla Deputazione conservatrice.

Il Dott. **Tommasi** propone che venga inviata a nome della Società una lettera di condoglianza alla Famiglia del Prof. Barellai.

Tale proposta è approvata all'unanimità.

Il Dott. C. Campani fa una comunicazione sull'importanza dei microrganismi nella carie dentaria. Dopo avere ricordato i recenti studi sopra tale argomento, conclude che fino ad ora nè i fatti sperimentali nè il criterio terapeutico sono a provare in modo certo l'origine parassitica di questa malattia.

Il Dott. Celoni riferisce sopra due casi d'isterismo osservati in soggetti impuberi nel lasso del suo esercizio medico di 16 anni.

Il primo caso riguarda un bambino di 8 $\frac{1}{2}$ anni, un po'anemico, di condizione agiata. Dopo la precedenza per quattro mesi di un perversimento del carattere con dimagramento, cominciarono degli accessi di delirio, durante i quali il bambino immaginavasi che la madre fosse morta. Dopo tre di tali accessi si ebbe una calma per un mese, scorso il quale ricominciò la malattia con violenta cefalea all'occipite, tardità del polso, e grida emesse dal bambino anco nel sonno, per cui si temette l'esordire di una meningite granulosa, fino a che la persistente apiressia, la mancanza del vomito e degli altri fenomeni propri di questa ultima malattia non chiarirono meglio la natura del male. A questo stato succedettero i suddetti accessi di delirio, dopo uno dei quali fu notato uno stato catalettico. Il paziente guarì nel lasso di due mesi dopo varie cure, fra le quali l'ultima fu la idroterapica e l'applicazione della camicia di forza al cominciare di ogni accesso.

Il secondo caso si riferisce ad una bambina di 9 anni, di nobile e ricca famiglia. La malattia cominciò con una tosse convulsa, associata a vomito e più tardi a ostinata disfagia, per la quale si dovette ricorrere per l'alimentazione all'amministrazione di clisteri nutrienti. La respirazione dell'aria compressa risvegliò accessi fortissimi di soffocazione, dai quali la bambina si riebbe con gran pena e da quel momento cominciarono sforzi espiratori, con espressione di latrati canini anzichè di tosse. In tutta la prima metà dell'anno 1878 si ebbe ad osservare un'alternativa di fenomeni isterici dall'emianestesia e dal dolor ovarico, da spasmi e contratture passeggerie e fugaci paresi fino alle allucinazioni e qualche alterazione psichica, le convulsioni, il sonnambulismo e qualche fugace e leggiera manifestazione catalettica. Il solo fenomeno costante fu la impedita deglutizione, per la quale si dovette ricorrere alla regolare sondatura dell'esofago per alimentare la paziente.

Venuta questa a Firenze sul finire del giugno di detto anno, guarì di ogni disturbo dopo un mese di cura idroterapica.

Ambedue questi casi, il primo con prevalenti disturbi psichici, il secondo con prevalenti disturbi convulsivi, concordano in questo, che in ambedue si notò la provenienza da genitori e famiglie, ove erano state osservate affezioni isteriche.

Il Dott. Celoni prosegue quindi a dimostrare che l'isterismo si presenta nell'adolescenza anco con forme diminutive e a tale uopo riporta brevemente la istoria di una bambina di 11 anni, anemica, proveniente da un padre tubercoloso, colta da insonnio e uno stato d'ipocondria; e così pure la istoria di una bambina di 9 anni, anemica e nervosa, affetta da ostinata tosse con-

vulsa da ritenerla non come la espressione di un isterismo, del quale mancava ogni altro sintoma, ma di ciò che il Bouchut chiama *istericismo*.

Dalle quali osservazioni il Dott. Celoni conclude che nell'adolescenza si osservano tutti i gradi di quel complesso di disturbi nervosi che dal semplice stato nervoso può arrivare fino al più grave isterismo.

Sulla comunicazione del Dott. Celoni, il Prof. Levi osserva che i soggetti in cui si verificò l'isteria piuttosto che all'infanzia appartenevano alla seconda fanciullezza.

Il Dott. Tommasi domanda al Dott. Celoni se egli abbia osservato nelle sue malate quei disturbi visivi che si sogliono verificare nelle isteriche, in specie riguardo alla percezione dei colori.

Il Dott. Celoni risponde non avere fatto ricerche in proposito.

Il Dott. Giuntoli dice essere poco inclinato ad emettere il vero isterismo nell'uomo. Ad ogni modo la parola *isterismo* non gli sembra etimologicamente giusta nemmeno nella donna, stando almeno alle moderne dottrine sulla patogenesi dell'isteria.

Il Dott. Banti dichiara che per tutto il complesso sintomatico bisogna ammettere anche nell'uomo la vera isteria.

La seduta è tolta a ore 2 e mezzo.

V° Il Vice Presidente
Prof. L. LUCIANI.

Il Segretario
Dott. G. BANTI.

ANZA PUBBLICA DEL DI 28 DICEMBRE 1884.

ienza, il Prof. L. LUCIANI, Vice-Presidente.

oci: Boncinelli, Bianchi, Federici, Campani, Marcacci,
ari, Brigidi, Grazi, Tommasi, Giuntoli, Paggi Adolfo,
retario degli Atti.

to il Processo Verbale della precedente Adunanza, il
la di un caso di frattura di dente consolidata e ne di-
arati istologici. Per dettagli rimandiamo al numero di
lo *Sperimentale*, nel quale viene pubblicata la me-

to la parola su questa comunicazione, la seduta pubblica

Presidente.

TEO PELLIZZARI.

Il Segretario.

Dott. GUIDO BANTI.

TERZA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 25 GENNAIO 1885.

Alla Presidenza, il Prof. PIETRO PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti i Soci: Paganucci, Fasola, Pereyra, Boncinelli, Chiara, Urbino, Levi, Bajardi, Grilli, Marcacci, Bottari, Bargioni, Pellizzari Celso, Bertini, Brigidi, Tafani e il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo Verbale della precedente Adunanza, ha la parola il Prof. D. Chiara, il quale riferisce un caso di tumore ovarico intraligamentoso. Si trattava di una donna di 57 anni, nubile, la quale presentava un grosso tumore addominale, che venne diagnosticato « cistoma colloideo panciloculare dell'ovaio. » Il 25 Novembre 1884 si eseguì la laparotomia.

Aperto il cavo ventrale si affaccia una loggia, che punta e svuotata lascia l'adito a una seconda egualmente voluminosa sorgente da sinistra e portante verso l'equatore due grossi conglomerati di cisti ripiene del medesimo liquido colloideo. Il tumore si vede quindi risultare composto dalla unione sul mezzo di un cistoma dell'ovaio destro con uno dell'ovaio sinistro: questo aderiva fortemente con il peritoneo iliaco destro, e quello, il destro, intraligamentoso, si spingeva fin contro il peritoneo del Douglas col quale aderiva fortemente; come fortemente aderiva al margine destro dell'utero. Da questa disposizione ripetevasi la torsione subita dall'utero, la cui faccia anteriore guardava verso sinistra per lo stiramento che faceva il cistoma corrispondente che doveva essere nato prima ed era più voluminoso.

Venne fatto un prudente tentativo di enucleazione, tosto abbandonato per le difficoltà che andavano affacciandosi: per conseguenza fu seguito il seguente piano. Estrarre quanto fu possibile del tumore insieme all'utero il cui tessuto resistente si prestava per un valido appoggio al peduncolo, circondare utero e tumore con la catena dello schiacciatore, stringere fino a perfetta emostasi, e poi amputare utero e tumore a circa 2 ctm. sopra la catena. Questo eseguito, si ottenne un grosso peduncolo la cui base era fatta dalla porzione sopra vaginale del collo uterino e da quella parte del tumore che non fu possibile liberare dalle aderenze: il peduncolo poi venne fissato all'angolo inferiore della ferita addominale, dove lo tenevano la catena e un lungo ago lanceolato che lo attraversava sopra la catena da destra a sinistra.

L'andamento consecutivo fu regolarissimo: la testa del peduncolo cadde al 12° giorno; l'infundibolo si deterse e granuleggiò rapidamente e sempre senza febbre, di guisa che al 20° giorno dall'operazione la donna poté lasciare il letto.

Lo stato dell'operata, che viene presentata alla Società, si mostra florido: la cicatrice è solidissima, e lascia sperare che non si farà ernia; il resto dell'utero sensibile dalla vagina è libero affatto da aderenze; vescica e intestino funzionano regolarmente.

Alcuni Soci procedono all'esame della donna presentata dal Prof. Chiara.

Il Prof. **R. M. Levi** fa una comunicazione orale sopra l'Istituzione degli Ospizi Marini. Dopo aver ricordato come e per opera di chi ebbe origine questa benefica Istituzione, come si diffuse in Italia ed all'estero, viene a parlare delle condizioni in cui attualmente si trovano gli Ospizi Marini di Firenze in confronto di quelli di altre Provincie. Dimostra come il Regolamento attuale degli Ospizi Fiorentini non soddisfi interamente allo scopo per cui questi furono fondati ed accenna come dovrebbe venire modificato. Spera che le sue proposte vengano prese in considerazione dalla Società, 'giacchè sarebbe assai utile che le proposizioni di riforma potessero venire presentate al Comitato degli Ospizi Marini, appoggiate e rese più autorevoli dall'approvazione di una Società medica.

Aperta la discussione sulla comunicazione fatta dal Prof. Chiara e nessuno prendendo la parola, si passa a discutere sulla comunicazione del Professore Levi.

Il Prof. **P. Pellizzari** si associa al Prof. Levi nel riconoscere insufficiente il modo con cui si fa oggi la cura climatica nell'Ospizio Marino di Firenze. Crede però che non mancheranno ostacoli per introdurre riforme serie e vantaggiose, nel qual caso si potrà anche rivolgersi all'Amministrazione dello Spedale per cercare di far accogliere in altri Ospizi i bambini inviati dalla medesima. Gli sembra opportuno che si nomini una Commissione coll'incarico di proporre per scritto le riforme da introdursi nell'attuale Regolamento degli Ospizi Marini per poi presentare la memoria scritta al Comitato degli Ospizi suddetti.

Il Prof. **Levi** accetta questa proposta, purchè la memoria scritta dalla Commissione venga discussa in seno alla Società prima di essere presentata al Comitato degli Ospizi Marini.

Il Prof. **Chiara** riconosce come sia eccellente l'intenzione delle proposte fatte dai Professori Levi e Pellizzari, però non gli sembra conveniente che la Società non richiama suggerisca al Comitato di riformare gli Ospizi Marini. Qualora il Comitato medesimo non volesse accogliere i suggerimenti della Società, tal fatto non sarebbe certo per questa molto decoroso.

Il Prof. **Pellizzari** dice che questo timore non deve trattenere la Società. Anche se il Comitato degli Ospizi Marini non volesse accogliere le proposte della Società Medico Fisica, tutti sarebbero in grado di giudicare da qual parte stesse il torto e a decidere se riesca meno decoroso il proporre utili riforme in una simile Istituzione, o il non accettarle.

Il Prof. **Levi** ricorda come nella provincia di Firenze si abbia una delle più gravi mortalità nei bambini. Non si potrà dubitare che la Società Medico Fisica abbia il diritto di occuparsi di questo gravissimo fatto e dare quei consigli che giudicasse più opportuni per diminuire tale mortalità. Fra i mezzi

che meglio sono in grado di raggiungere questo scopo, importantissimo è la cura climatica marina, e non potrà che riuscire decoroso per la Società Medico Fisica se essa vorrà indicare e appoggiare con la sua autorità le norme più opportune per eseguire nel modo più conveniente questa cura.

Il Dott. **Grilli** appoggia volentieri le proposte del Prof. Levi, ma gli sembra che possano sorgere obiezioni per alcune di esse. Per esempio un ostacolo molto forte ad accettare le riforme sarà la mancanza di mezzi pecuniari sufficienti. Inoltre è da considerare come le spese per il mantenimento dei bambini nell'Ospizio di Viareggio sono solo in parte sostenute dall'Ente Morale degli Ospizi: per altre provvedono i Municipi o privati. Ora forse questi non acconsentiranno a sottomettere ad una Commissione Medica la scelta dei malati da inviarsi ai bagni marini. Quanto al criterio con cui si debbono scegliere questi malati gli sembra che possa essere molto variabile, imperocchè alcuni medici stimeranno più utile inviare sul mare i casi gravi di scrofolosi, altri invece quelli più leggeri.

Il Prof. **Chiara** crede molto utile il discutere questo piano di riforme, ma ripete non sembrargli conveniente presentarlo poi a persone che non l'hanno richiesto.

Il Prof. **Pellizzari** fa notare che la semplice discussione rimarrebbe limitata nel seno della Società, mentre è necessario che il Comitato degli Ospizi Marini sia informato delle proposte fatte, il che si ottiene con la nomina della Commissione.

Il Prof. **Levi** conviene col Dott. Grilli che non si possono dare criteri precisi che servano di guida nella scelta dei malati da inviarsi ai bagni marini, ma egli ha avuto solo lo scopo oggi di esprimere un desiderio per la riforma degli Ospizi Marini di Firenze. Crede che si debba soprattutto insistere nel doversi escludere nella scelta dei malati i casi non adatti; nel non fare una cura troppo breve e farla sempre sotto la sorveglianza d'una Direzione medica. Aggiunge che gli sembrerebbe anche conveniente istituire negli Ospizi una classe di bambini a pagamento per allargare la cerchia di coloro che potessero usufruire dei vantaggi dei bagni marittimi.

Il Prof. **Chiara** domanda che prima di entrare a discutere dei particolari, si deliberi se si debba accettare la nomina di una Commissione come proponeva il Presidente.

Il Prof. **Brigidi** crede che si potrebbe scindere in due la proposta fatta dal Presidente, cioè 1° se si debba nominare una Commissione incaricata di studiare una riforma degli Ospizi Marini di Firenze; 2° se dopo discussione nel seno della Società si debbano le proposte presentare al Comitato degli Ospizi Marini.

Il Dott. **Banti** non crede che si possa fare questa divisione, poichè quando non venisse approvata la seconda parte, sarebbe inutile procedere alla nomina di una Commissione e la Società potrebbe senz'altro discutere sulle proposte orali fatte dal Prof. Levi.

Il Presidente Prof. **Pellizzari** mette ai voti la sua proposta, cioè di nominare una Commissione con l'incarico di redigere una memoria sulle riforme

da introdursi negli Ospizi Marini di Firenze, memoria da presentarsi, dopo discussione ed approvazione nel seno della Società Medico Fisica, al Comitato degli Ospizi Marini suddetti.

Questa proposta è approvata.

Il Presidente invitato dalla Società a nominare la Commissione designa a farne parte il Prof. M. R. Levi, il Prof. D. Chiara, il Dott. P. Celoni.

La seduta è tolta a ore 3 pom.

Vo il Presidente
Prof. PIETRO PELLIZZARI.

Il Segretario
Dott. GUIDO BANTI.

QUARTA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 22 FEBBRAIO 1885.

Alla Presidenza, il Prof. PIETRO PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti i soci: Fasola, Turchini, Colzi, Chiara, Luciani, Bajardi, Corso, Zannetti, Brigidi, Boncinelli, Grilli, Tommasi, Levi, Giuntoli, Bottari, Bertini, Faralli, Urbino, Pellizzari Celso, Paggi Adolfo, Marcacci ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo verbale della precedente Adunanza, il Prof. **M. R. Levi** espone perchè la Commissione eletta per lo studio delle riforme da consigliarsi al Comitato degli Ospizi Marini di Firenze non abbia ancora cominciati i propri lavori. Avendo Egli parlato con alcuni Rappresentanti di questo Comitato ebbe modo di sapere come esso già fosse disposto e avesse stabilito d'introdurre, almeno in parte, simili riforme. Per conseguenza gli sembrò opportuno, per un riguardo di delicatezza, il non adunare immediatamente la Commissione. Nondimeno ha voluto oggi di questa sua determinazione rendere giudice la Società. È d'avviso per altro che si debba almeno indirizzare una lettera al Comitato degli Ospizi per incoraggiarlo nella presa determinazione, indicando però al tempo stesso in modo preciso, quali sarebbero le riforme da doversi introdurre per le prime.

Questa proposta è approvata.

Il Prof. **Chiara** presenta una sua operata di amputazione utero ovarica cesarea, e il bambino estratto. Si tratta di una giovane rachitica (22 anni) nubile, primipara. La pelvi universalmente e quasi regolarmente ristretta, C. V. di 68 a 70 mm. Tenuto in conto specialissimo e la forma della pelvi e le condizioni sociali e stato civile della gestante, per la quale la sterilità sarebbe risultata un beneficio, il Professore decide di procedere al taglio cesareo modificato secondo il metodo Porro, cioè all'amputazione sopra vaginale dell'utero e delle ovaia. E questo avveniva il 13 gennaio u. s. alle 2 pom. essendo il travaglio in sull'esordio del periodo dilatante, sacco integro, funzione cardiaca del feto regolare, stato della donna ottimo. Narcosi con il cloroformio, nebulizzatori di acqua fenicata al 10 per 100. Laparotomia, poi passaggio di 4 fili di seta da sutura; incisione dell'utero in sede, estrazione del feto e annessi senza spandimento nel cavo addominale. Estratto l'utero uncinando l'angolo superiore della incisione, la si circonda rasente il margine inferiore delle ovaia con la catena di uno schiacciatore a testa mobile, che dà pronta e perfettissima emostasi. Ottenuta questa, si amputa 2 ctm. circa sopra la catena con un lungo coltello, e fatta quindi un po' di ripulitura peritoneale, si procede alla sutura: l'ultimo punto passa sotto il peritoneo uterino che viene, stringendo il filo, addossato al peritoneo parietale; compiuta la sutura si tra-

passa da destra a sinistra, e sopra la catena, la testa del moncone con un lungo ago che concorre insieme alla catena a mantenere fisso il moncone.

Questo cade dal 4° al 5° giorno grazie alla forte costrizione fatta dalla catena; in quel giorno (primo ed unico) la temperatura sale a 39°,4; l'indomani è 37°,4 e fino a guarigione completa non oltrepassa più questo grado. È probabile che l'apiressia mantenutasi durante tutta la riparazione per granulazioni dell'infundibolo lasciato del moncone sia dovuta all'uso metodico del bicloruro di mercurio al $\frac{1}{2}$ per 1000. Il bambino stette sempre e sta tuttora ottimamente.

La donna viene visitata internamente dal Prof. P. Pellizzari, esternamente insieme al bambino dai Soci presenti.

Il Presidente Prof. P. Pellizzari dichiara come si dovrebbe ora dare lettura di una comunicazione inviata dal Prof. Ceci sull'*Etiologia del colera*. Siccome però questa comunicazione è stata da pochi giorni pubblicata in Giornali Scientifici, il regolamento della Società si oppone a simile lettura.

Vari Soci emettono opinione conforme a quella del Presidente.

Il Prof. Luciani espone come fu a lui che il Prof. Ceci inviò la comunicazione suddetta. Ciò però accadde circa un mese innanzi, pochi giorni dopo avvenuta la precedente Adunanza. Il lungo intervallo di tempo trascorso spiega come frattanto sia stato pubblicato il lavoro del Prof. Ceci. Crede per altro che visto l'importanza dell'argomento si potrebbe non dare lettura della memoria intera, ma riassumerne in forma di conclusioni i risultati principali.

Tale proposta essendo approvata, il Segretario Dott. Banti fa un riassunto orale della memoria del Prof. Ceci. Per i dettagli si rimanda a quei giornali che hanno pubblicata la memoria.

Per proposta di alcuni Soci la discussione viene rinviata alla prossima Adunanza.

La Seduta è tolta a ore 2 $\frac{1}{2}$ pom.

Vo Il Presidente

Prof. PIETRO PELLIZZARI.

Il Segretario

Dott. GUIDO BANTI.

QUINTA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 26 APRILE 1885.

Alla Presidenza, il Prof. PIETRO PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti i Soci: Paoli, Vecchietti, Grilli, Boncinelli, Corso, Pereyra, Levi, Luciani, Celoni; Paggi Adolfo, Pellizzari Celso, Bianchi, Nesti, Bertini, ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo verbale della seduta precedente il Segretario degli Atti dà lettura della lettera seguente inviata dal Comitato degli Ospizi Marini di Firenze.

Firenze, 14 Marzo 1885.

Il Consiglio Direttivo di questa Opera pia nell'Adunanza del 9 del mese corrente prese cognizione della pregiata Nota del 4 marzo di cotesta merittissima Società Medico-Fisica Fiorentina, ed invero si compiacque conoscere quanto stia a cuore della medesima, nell'esclusivo interesse dei poveri scrofolosi e rachitici, il progressivo andamento dell'Ospizio marino di Viareggio.

Apprese inoltre con molta soddisfazione i desiderî del Chiarissimo Prof. M. R. Levi, i quali stanno in piena armonia con le belle parole da lui proferite nella Commemorazione del non abbastanza compianto Prof. Giuseppe Barellai, Commemorazione promossa dalla Società d'Igiene alla quale spetta la riconoscenza di quanti ebbero in pregio il Chiarissimo Estinto.

E poichè, per amore del vero, l'egregio Prof. Levi dichiarò che l'Ospizio marino di Viareggio fu il primo che sorgesse in Italia e ch'era d'uopo si conservasse in quel posto d'onore, mi piace ora assicurarlo che le premure dell'attuale Consiglio Direttivo non verranno mai meno, onde conservare splendida l'aureola del primato all'Ospizio in parola, al che deve anche impegnare l'Augusto Nome del Magnanimo Re VITTORIO EMANUELE II che porta in fronte per Reale graziosa Concessione.

Quanto poi alle suggerite riforme, decifrate in numero di 5, posso dichiarare che quelle segnate coi numeri 3, 4 e 5, saranno in quest'anno attuate, perchè già promosse in seno al Consiglio da vario tempo, mentre le prime due se per ora non saranno pienamente corrispondenti alle premure di chi le ha formulate, tuttavia restando per ora inalterate le due consuete spedizioni, sarà però consentita, per quelli che ne facciano richiesta, una Cura Climatica Marina per 30 giorni, per 45, e per 60, da estendersi in qualche caso anche a 65, cioè fino al chiudersi dell'Ospizio.

Ed a compimento del Mandato deferitomi dai miei Colleghi, con la Deliberazione superiormente citata, adempio al gradito incarico di porgere di-

Spettabile Società per le cortesi parole verso
il pensiero delle suggerite riforme, che sebbene
non escogitate, acquistano una maggiore impor-
tanza nel Consesso Scientifico ed altamente competente.
In considerazione e di profonda stima, mi onoro

Devotissimo

Il Consigliere ff. di Segretario
FERDINANDO BICHI.*

Per i buoni propositi di riforma, manifestati dal
Consesso, debbono ora lodare ed accettare, pur deplo-
rare e attuare per quest'anno tutte le riforme pro-
poste. Però non gli sembra doversi abbandonare
l'Alleanza affinché tutte queste riforme sieno in

la si accetti l'opinione del Prof. Levi. Crede
che il Comitato degli Ospizi Marini si debba inserire
nella rivista inviata e letta dal Segretario.
La si accetti all'unanimità.

Il quale si propone di trattare di due casi
per i risultati dei nuovi metodi di cura in
una prima osservazione occorsagli in una bam-
bina febbrile nel febbraio scorso, ed in 2° gior-
no arrossamento delle fauci, con oscillazioni
che però fino ai 41 gradi. Al 3° giorno com-
parvero alle fauci, e un'esantema scarlattiniforme
e nella difterite. Mancavano invece e notevoli
sintomi.

Stesero con tendenza ulcerativa, massimamente
il potassio, ghiaccio, furono i mezzi di cura a
acqua di calce per le narici e fauci per com-
ma. Poi fu usato il tannino sciolto in glicerina,
ecc. Contro la elevazione della temperatura, lo-
giocarono e dettero euforia e calma. In questo
caso il Prof. Levi, l'esantema conforme a quello
di Nesti e quale al Levi medesimo occorre di
epidemie, con i caratteri di fuggevolezza, di
equivalente agli arti e al collo. Ne fa menzione
nella erisipela; ne parlano Henoch, Steiner,
e un lavoro speciale sugli esantemi difterici fu
pubblicato, in cui si riducono a 3 forme tali esantemi:
papulo pustolosa o vaioliforme. Della 1° il Prof.
osservò gravi epidemie a Venezia; osservò molti casi
favorevole ancora in questo caso fu che sul declinare

della malattia, ripetutamente l'acqua introdotta per le narici fu veduta uscire dall'orecchio sinistro, corrispondentemente alle maggiori alterazioni della tonsilla. L'ispezione locale eseguita in unione al Dottor Grazi non poté far constatare che un leggero grado di otite media; non si giunse a scorgere la perforazione del timpano, che pur dovevasi ammettere, e fu ammessa anche dal Grazi. Il Professor Levi non trovò ne' trattati generali di patologia medica e pediatria, e in quelli speciali di difterite, menzione di casi simili: salvo che nel Jacobi il quale avverte che per la tromba Eustachiana i processi difterici possono diffondersi all'orecchio medio. Ma legge varie lettere dell'egregio amico suo, Dott. E. Morpurgo di Trieste, valente otoiatro, che ricorda come Tröltzsch, Politzer, De Rossi ed egli stesso ne abbiano trattato. E appoggiandosi ai particolari di tali osservazioni il Prof. Levi discute brevemente sulle circostanze del fatto da lui narrato.

Il Prof. Levi parla poi del secondo caso, più lungo ed importante: venti giorni dopo uscita di camera la bambina di cui narrò prima la storia, sebbene si fossero prese le più accurate misure di isolamento e di disinfezione, un fratellino di essa di 22 mesi, (allattato dalla madre, non robusto, ma soggetto solo a renella ed a cronica e lieve congestione del fegato) fu colto da difterite: la quale esordì con diarrea, dolori addominali, inappetenza, aumento della renella nelle urine, tosse secca e starnuti per alcuni giorni. Era lo stesso processo morboso di quello della bambina? È probabile, ma non certo, poichè nella stessa famiglia eravi l'ava malata di carcinoma della mammella, sul quale in tal momento si svolgeva un processo erisipelatoso e difterico in lieve grado, e la stessa assistente di questa ammalata assisteva pure i bambini.

Da prima dopo i suddetti fenomeni si ebbe febbre e rossore cutaneo, simile ad eruzione morbillosa anomala, prevalente al tronco e agli arti: però la fuggevolezza dell'esantema e la insorgenza del dolore di gola indusse il Prof. Levi ad un insistente esame delle fanci, che svelò lieve difterite diffusa con essudati estesi, però meno gravi di quelli della sorellina. Vi si univa meteorismo, turgore del fegato, lieve aumento della milza, urine scarse e cariche di urati. Somministrato del calomelano per due giorni e adoperato il clorato di potassa, con l'acqua di calce e la glicerina tannata per spennellature, i fenomeni locali diminuirono di intensità e di gravità. La febbre non era molto elevata nei primi giorni, ma il bambino era inquieto nelle ore di aumento febbrile e frequenti erano i sussulti tendinei, specialmente nel sonno. Perciò si adoperarono lozioni fredde che diminuivano di $\frac{1}{2}$ grado e anche di 1 la febbre; e una pozione con muschio, ottenendo così la calma, quando anche i sussulti erano più intensi.

Le condizioni si fecero sempre più gravi, il meteorismo crebbe, le scariche divennero di cattiva qualità: il latte non era tollerato in alcun modo: si prescrissero perciò piccole prese di magnesia e bismuto, e delle dosi di 10 cgrm. di antipirina ogni due ore, ottenendo abbassamento termico mite e poco durevole. Contro il meteorismo si adoperavano clisteri con 2 grm. d'olio essenziale di trementina e compresse fredde al ventre. Le gengive intanto si fecero

adevano da sé all'esame un po' forte delle fauci si mantenne mite, la a distacchi epiteliali. Vi era un llare destra.

al piede sinistro, con aspetto di vera na delle parti vicine: tale erosi-pela a di qui rapidamente scomparve; ndule inguinali: insieme sorse ere- mefazione delle glandule linfatiche che con acqua vegeto minerale, e altre condizioni le lozioni fredde, a, una dieta nutritiva e leggera, il antipirina ogni due ore, secondo nento non lieve di temperatura, non

. manifesta la fluttazione: aperti gli ettiche, ne uscì pus di buona natura, o termico, ma continuando l'edema glandule linfatiche e l'indurimento 'anasarca generale. In questo tempo mentina e fu bene tollerato. Per un prevede una probabile insorgenza di mitarono a debole soffio bronchiale del malato si fecero svolgere allora rano intensi tanto più diminuiva la ne (nelle quali però, eccettoché nei 'edema generale, il Prof. Levi pre- al giorno, per 15 minuti, alla tem- ra abbassamenti di 1 e fin 2° e 2 1/2, freddo per 10-15 e 30 minuti e il : questi impacchi abbassavano la sso copioso sudore. In ultimo si biamuto alla dose di 30 etgrm per nici del piccolo ammalato).

stitermico deciso, però il Prof. Levi credere pochissimo che il chinino rmico: lo stesso dice del salicilato umatismo articolare, e il medesimo fenico, che è un veleno potente himici ci dettero la cairina, l'anti- effetti, ma si ingannerebbe chi cre- per esse combattere tutte le malattie specialmente nelle febbri dei tisici: errore e grave il credere che vi sia bre e la gravità del processo mor-

boso, specialmente nel tifo, nella scarlattina e nella difterite. Anzi in questa ultima si nota talora mitezza di fenomeni con elevata temperatura, e gravità di quelli con mitezza di questa.

In questi casi sono più utili le cure balneari, perchè calmano la febbre, eccitano la circolazione e la innervazione periferica, aumentano la diaforesi ed hanno azione risolutiva locale. Così il Trousseau notava i buoni servigi delle affusioni fredde nella scarlattina maligna, e ognuno conosce l'utilità delle lozioni fredde nel tifo.

Però nei bambini tali applicazioni devono farsi con prudenza, usando acqua fino a 32° C. per 15 minuti al più, ottenendo così un abbassamento fino di 2°, 2 1/4 C.: tali applicazioni devono poi regolarsi secondo lo stato delle forze e sorvegliarne gli effetti.

Rispetto all'esantema osservato in questo caso il Prof. Levi dice non aver mai visto vera e propria erisipela complicare la difterite, sebbene succedano talora delle parziali erisipole, per lo più fugaci. L'Jacobi parla di erisipela nel corso di una difterite, ma la descrizione che ne dà è più quella di un esantema morbilloso. Un caso in madre che assisteva un bambino difterico ne riferì il Bitterlin. Vi è quindi forse un nesso fra la difterite e le manifestazioni erisipelatose, e può spiegarsi con l'ammettere che il principio difterico fissatosi sulle fauci, per i vasi linfatici rechi una linfoangiote primitiva; essendo come porta di entrata di quella le amigdale, onde si diffonda ai linfatici.

Stante l'ora tarda il seguito della comunicazione del Prof. Levi è rinviato ad altra seduta, che la Società stabilisce debba essere il 10 del mese di maggio.

Il Presidente dichiara aperta la Discussione sull'etiologia del Colera.

Il Dott. Banti accenna quanto sia importante questa discussione, e come sarebbe utile, soprattutto nelle attuali condizioni sanitarie dell'Europa, riunirla ad una estesa discussione sulla cura di quella malattia. Propone perciò, visto anche l'ora abbastanza tarda, di dedicare una seduta intera a questo importantissimo soggetto.

Questa proposta è accolta favorevolmente dalla Società.

Il Prof. Luciani propone d'incaricare il Dott. Banti di redigere una specie di sommario sopra questo argomento, che serva di guida alla Società nella futura discussione.

Accettata questa proposta, l'Adunanza è tolta a ore 2 pom.

V° Il Presidente

Prof. PIETRO PELLIZZARI.

Il Segretario

Dott. GUIDO BANTI.

NZA PUBBLICA DEL 10 MAGGIO 1885.

sa il Prof. PIETRO PELLIZZARI, *Presidente*.

Signori Dott. Corso, Dott. Nesti, Dott. A. Bianchi, Inelli, Prof. Luciani, Prof. M. B. Levi, Dott. Pereyra, Masai, Dott. Bottari, Dott. A. Paggi, Dott. Coloni, zi.

alle ore 1 pom.

rocasso verbale della precedente seduta, il Professore arola, continuando a parlare dei *nuovi metodi di* ornando sul secondo dei casi esposti nella precedente ome altri fenomeni si siano svolti in questi ultimi tabilitate in corrispondenza delle articolazioni dei due no quasi affatto guarite, senza aver recato disturbi ti; invece quella che si trovava alla regione clavi- 10 giorni circa dal suo inizio ha dato il seguente ha sentito sotto le mani un crepitio, che ha giudi- pezzetto di osso necrosato: allora ha introdotto pel) una pinzetta ed ha afferrato cotesto corpo, tiran- e alcuna forza: estrattolo si vide uscire non un iera clavicola denudata completamente del periostio: a sentire dei punti di nuova ossificazione, che fa ne più o meno perfetta della clavicola uscita. Il Prof. ndi la cura adoperata in questi due casi e in ge- te; dice come i pratici abbiano quasi tutti abban- lizzazioni con nitrato d'argento, perchè non utili, ma mezzi che meglio corrispondono in tal terapia e i Germania ed in Francia, come pure da molti rrigazioni ripetute, le inalazioni e la cura tonica. er le narici sia con acqua di calce, sia con lievi luso però l'acido fenico che nei bambini produce amento. Le inalazioni si fanno o con acqua di , e trementina o con trementina sola: l'olio essen- egli l'adopera più volentieri a mo' di vapori nella nodo continuo. Un buon metodo è quello di tenere , bagno maria e dirigere per mezzo di coperture il quale così si trova in mezzo ad una atmo- sostanza. Rammenta averlo egli dato anche per ecchiaino da caffè per volta, due o tre volte al giorno,

senza che recasse disturbo alcuno nè generale nè locale. A questo proposito cita il caso di sei bambini, cui fu fatta in quest'anno la tracheotomia per croup nella clinica pediatrica, nei quali si ebbero cinque successi; nell'unico caso, che ebbe esito letale, si trovarono alla necropsopia abbondanti manifestazioni tubercolari al polmone ed ai visceri addominali. In quei cinque casi, tre erano manifestamente di difterite, sia pel decorso della malattia, sia per le apparenze della località, sia per essersi riprodotta la difterite in piaghe esterne. — Come cura generale usa di dar soltanto sostanze toniche, come vino di China, infusi di poligola con muschio e canfora a piccole dosi e cognac: adopera insieme una dieta leggera, ma sostanziosa, composta di uova, brodo e latte. Poco si serve degli antipiretici, i quali sono sempre un veleno più o meno potente del cuore; quindi raramente adopera il chinino e solo in casi di decisa intermittenza della febbre: poco l'antipirina, sebbene questa sostanza non sia affatto da dispregiarsi e utile nella febbre etica specialmente: nulla affatto la cairina, il salicilato di soda ecc. Piuttosto ricorre volentieri al bagno freddo, alle frizioni fredde con acqua e aceto, all'impacco freddo ripetuto ogni una o due ore e seguito dall'involgimento in coperte di lana. L'effetto massimo antitermico si ottiene dal bagno freddo, poi vengono le frizioni e l'impacco. Nei due casi narrati e specialmente nell'ultimo il beneficio da questa cura fu manifesto.

Il Dott. **Tommasi** osserva non aver sentito rammentare al Prof. **Levi** la papaina, la quale è stata molto vantata dai medici francesi.

Il Prof. **Levi** rispondendo dice non avere esperienza personale in proposito, ma a priori dovere concludere, che essa agendo solo sulle membrane, manifestazione parziale della malattia, dee essere di utile assai limitato, come tante altre sostanze di eguale azione.

Il Prof. **Luciani** pure rammenta quanto la papaina sia stata vantata dai medici francesi e come si tenga alla utilità di potere distruggere le membrane difteriche con questa sostanza.

Il Dott. **Bianchi** osserva aver egli fino da due anni fa istituite esperienze di confronto fra la papaina e il lattice del fico comune ed aver veduto che questo gode di molte delle proprietà di quella, per cui le potrebbe essere buon succedaneo anche in tal trattamento: si propone di proseguire gli esperimenti in proposito.

Il Dott. **Nesti** prendendo in esame i due casi presentati dal Prof. **M. R. Levi** dichiara di volersi fermare specialmente su tre cose: cioè sulla eruzione in uno di essi verificata, sulla condizione dell'orecchio nell'altro caso e sulle modalità della cura. Circa le eruzioni, ei vide per lo più accompagnare la difterite, sebbene raramente, eruzioni simili a roseola o a scarlattina, mai simili a petecchie; queste vide solo in casi gravi e mortali, quando le petecchie erano l'espressione della alterazione generale dell'organismo: quindi le eruzioni scarlattiniformi o roseoliformi sono iniziali; quelle a petecchie, finali. Non rammenta di aver veduto casi di ascessi multipli periarticolari, come quelli narrati dal Prof. **M. R. Levi** e inclina a credere che possano essere stati piuttosto una complicanza, che una derivazione della infezione difterica.

Circa alla perforazione temporaria del timpano, che il Prof. M. R. Levi asserisce aver veduta nel primo caso, egli non la crede di molta importanza, sia perchè l'esame otoscopico non potè rivelare alcuna soluzione di continuo nella membrana del timpano, sia perchè per l'avanti non ci si era assicurati che tale perforazione preesistesse, sia perchè mal si spiega una ripetizione della malattia difterica sì grave da rompere il timpano senza che vi fossero fenomeni precedenti e senza che si avesse indebolimento notevole dell'udito, poichè il lieve grado di sordità che fu constatato poteva tenere ad un catarro dell'orecchio interno. Riguardo poi alla cura, il Dott. Nesti osserva di trovarsi pienamente d'accordo col Prof. M. R. Levi, però deve rammentare che in quest'anno le difteriti non hanno avuto una notevole gravità: dice avere egli stesso adoperato e con successo l'olio essenziale di trementina o per bocca, sempre ben tollerato, o per inalazione, per vapori svolti nella camera del malato: condanna ei pure l'uso dei caustici locali e conviene nell'utilità della cura tonica e della buona e leggera nutrizione.

Il Prof. M. R. Levi replica dicendo che egli ammetteva la derivazione degli ascessi del principio difterico, che si aveva nell'organismo del bambino, come si ammette che possa aversi una nefrite difterica e come si crede sopravvenire una paralisi non raramente dopo la difterite. Circa poi alla perforazione della membrana del timpano nel primo caso, ei la crede pure dovuta al processo difterico e che se all'otologo non fu possibile vederla, può essere derivato dal fatto che la bambina era irrequieta e mal si prestava all'esame. Osserva come il vedere uscire un getto di liquido dall'orecchio quando si facevano le irrigazioni nasali era la prova migliore di tale perforazione. Circa poi all'esser questa preesistente nulla può dire non avendo prima esaminata la bambina, ma gli sembra non facile ad ammettersi, perchè il fatto non si è dopo più ripetuto e nel tempo stesso si sono dileguati i fenomeni di lieve sordità che per l'avanti la bambina non aveva affatto avuti. Intorno poi alla poca gravità della difterite in quest'anno ei non la può ammettere, avendo veduto fuori di clinica casi gravi e mortali di difterite e avendo avuto alcuni dei casi della clinica stessa andamento lungo e grave essendosi anche sugli impiagamenti esterni riprodotta la forma difterica, per l'infezione generale. Raccomanda poi al Dott. Nesti di volere ancor tentare su larga scala l'uso della trementina che egli ha trovato di tanta utilità e di nessun danno, sia data per bocca, che per inalazioni.

Il Dott. Nesti rimane dubbio sempre intorno alla questione della perforazione del timpano nel primo dei casi narrati e circa gli edemi descritti dal Prof. Levi nel secondo caso, crede più che alla infezione difterica ad una infezione di erisipela presa insieme a quella difterica, essendovi, come ci ha detto il Prof. M. R. Levi, nella casa una malata di difterite e erisipela e di un impiagamento.

Il Dott. Colzi rammenta come nel rene si trovino alterazioni difteriche gravi nelle forme di infezione difterica e che queste alterazioni han dato luogo alla forma clinica di nefrite difterica, che si constata spesso alla necropsopia nei suoi ultimi effetti.

Il Prof. M. R. Levi ammette che infatti il processo difterico come si localizza sulla mucosa orale e laringea, possa localizzarsi nel rene, via di escrezione di tutti i materiali dannosi all'organismo, ma non potere nel caso particolare narrato convenire che gli edemi stessi si dovessero a nefrite essendo nelle urine scarsissima e fugace l'albumina e solo nei primi giorni, nè poter credere che si trattasse di doppia infezione di erezipela e di difterite, perchè, sebbene sia impossibile negare addirittura tal caso, pure repugna meno il credere l'edema, il rossore erezipelatoso e le successive suppurazioni derivate dalla stessa infezione difterica, che non da altre cagioni più complesse e più dubbie.

L'adunanza è levata alle ore 3 pom.

Vo il Presidente

Prof. PIETRO PELLIZZARI.

Il Vice Segretario

Dott. AURELIO BIANCHI.

PUBBLICA DEL DI 5 LUGLIO 1885.

il Prof. PIETRO PELLIZZARI, Presidente.

: Faralli, Grazzi, Bargioni, Bianchi, Boncinelli, Acciani ed il Segretario degli Atti.

Processo Verbale della precedente Adunanza, ha

mostrare la possibilità di disastri ferroviari riferiti agli impiegati e l'importanza dell'argomento comincia con ricordare in quali circostanze si addebbia la direzione dei treni. La corrispondenza fra il viaggio in cammino (macchinista, fuochista, capo) è esclusivamente per mezzo dei segnali acustici, illecitamente e con precisione, possono avvenire grazie a un delicato rumore prodottosi nei congegni della ruota a tanto frastuono può esser l'indizio di qualche guasto che può riparare se l'orecchio fine del macchinista lo avverte. Oltre sono in uso molti segnali acustici, quali le campane nei casi di fitte nebbie, di nevi, o quando servono segnali colorati o luminosi; e per i cantonieri, i segnali telefonici ecc. Ricorda quindi alcuni casi di difetto funzionale degli organi uditivi dei macchinisti, avvenuto il 12 aprile 1862, e quello di un ingegnere Moos di Eidelberga.

Indica alcune considerazioni e racconta fatti ed esperienze per dimostrare che tutti gli impiegati alla direzione di qualunque altra classe d'operai alle malattie sono più pericolose perchè si sviluppano lentamente, e non si avverte e possono con facilità essere dissimulate. Fra i macchinisti ed i fuochisti a contrarre malattie per i rumori continui che esercitano una nociva influenza sulla trasmissione e di percezione dei suoni, vi sono quelli alle quali si espongono questi impiegati, e la polvere che facilitando lo sviluppo di affezioni della faringe producono pure con facilità la lesione di malattia per la via della tuba eustachiana.

Nelle statistiche redatte dai medici delle ferrovie riguardanti le affezioni morbose alle quali vanno incontro gl'impiegati in genere ed i macchinisti in specie, le malattie dell'orecchio non figurano in una rilevante proporzione perchè queste raramente sono causa dell'assenza dell'operaio dal servizio; trattandosi per lo più di affezioni lente, non dolorose, nè febbrili, è difficile che i malati ricorrano ai consigli dei medici sociali. Inoltre gl'impiegati cercano di nascondere questi difetti sapendo che possono nuocere alla loro carriera, ed alcune volte non ne parlano col medico agendo in buona fede perchè gli stessi malati in certi casi non sanno giudicare il grado di funzionalità dei loro organi uditivi.

I mezzi per rendere più difficili i disastri ferroviari riferibili a malattie degli orecchi degli impiegati dovranno essere *regolamentari, igienici e curativi*, e dopo essersi trattenuto a parlare dei medesimi, il Grazi termina la sua lettura dicendo che spera di non aver fatto opera vana prendendo ad illustrare questo argomento perchè d'ora in avanti le Società ferroviarie ed i loro distintissimi medici sorveglieranno con una diligenza anche maggiore di quella fin qui in uso, gli organi acustici degli impiegati e degli ammittendi.

Il Dott. A. Bianchi fa quindi una comunicazione sopra *la trepidazione ed i riflessi tendinei considerati nella tabe dorsale*, distinguendo fra la tabe dorsale semplice, o atassia locomotrice, e la tabe dorsale spasmodica, o paralisi spinale spastica dello Charcot. Egli appoggiandosi su fatti clinici ne deduce che sebbene in genere la trepidazione ed i riflessi si trovino aumentati nella forma spasmodica di tabe dorsale e diminuiti o scomparsi in quella semplice, pure possono aversi rare eccezioni a tal regola e anche nello stato di apparente buona salute osservarsi fenomeni di esagerata o diminuita trepidazione e di esagerati o diminuiti riflessi tendinei. Presenta un tracciato grafico della trepidazione e dei riflessi della rotula e del piede tolto ad un malato di lesione spinale da malattia delle ultime vertebre dorsali e che offre il quadro fenomenologico della tabe dorsale spasmodica. Fa notare infine l'anacrotismo costante che si osserva nel tracciato della trepidazione e che sparisce allorchè avviene il fenomeno del ginocchio e del piede. Ne conclude che l'assenza del riflesso rotulieno e del piede non può da sola bastare a far diagnosi di tabe dorsale semplice, nè la sua esagerazione unita alla esagerazione dei riflessi quella di tabe dorsale spasmodica: sono di aiuto solo a convalidare una diagnosi di tali forme morbose.

Si apre la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. Grazi. Nessuno prendendo la parola si apre la discussione su quella del Dott. Bianchi.

Dopo una breve discussione sopra i sintomi e le alterazioni anatomiche della tabe dorsale spasmodica, alla quale prendono parte il Prof. Luciani, il Dott. Bianchi e il Dott. Banti, la Seduta è tolta a ore 2 e mezzo pom.

V^o il Presidente

Prof. PIETRO PELLIZZARI.

Il Segretario

Dott. GUIDO BANTI.

BLICA DEL DÌ 12 LUGLIO 1885.

il Prof. P. PELLIZZARI, Presidente.

lli, Boncinelli, Nesti, Bianchi, Eeher, Brigidi,
ciani, Celoni, Paggi Adolfo, Tommasi, Chiara,
i Professori Romiti e Ceccherelli, ed il Segretario

ccesso Verbale della precedente Adunanza, ha
quale parla dell'albuminuria nella difterite.
onta un nuovo modello di termometro clinico,
0°, ciò che permette di verificarne quando si
lo nel ghiaccio in fusione. Per non rendere il
te una dilatazione nel tubo capillare al di so-
della lunghezza del tubo interposta tra lo 0°

e la storia di due donne da lui operate con fe-
ino e presenta le operate alla Società.
lle comunicazioni precedenti e nessuno pren-
b tolta a ore 2 pom.

Il Segretario
Dott. GUIDO BANTI.

==

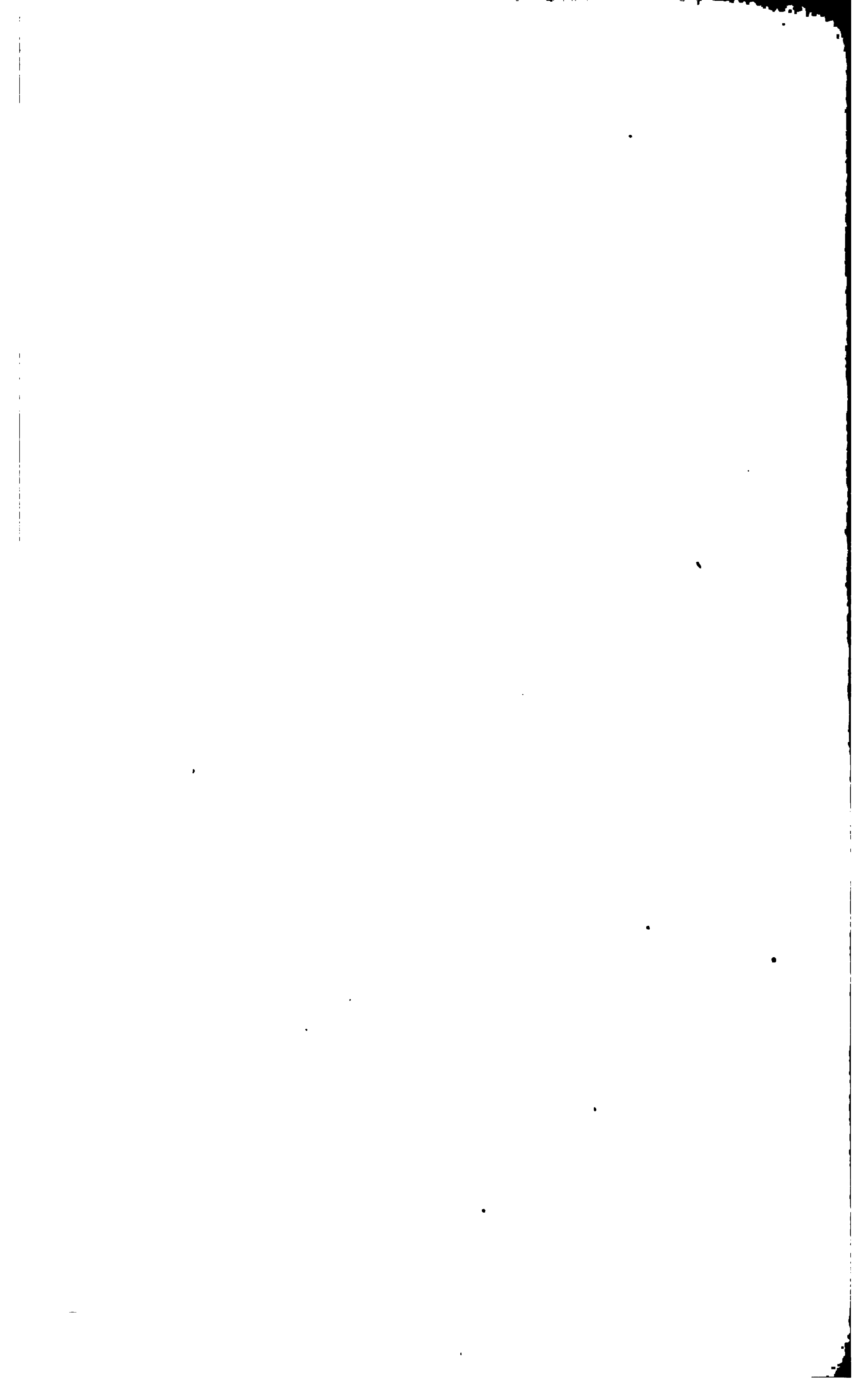
(. . .)

)C]

.
.

1885-

==



Questo stato continua sempre sebbene sia stata sperimentata tutta una serie di antispasmodici, l'elettricità, tanto galvanica che indotta, la cocaina, il bromuro di potassio ecc. Adesso da circa 20 giorni, dalle 3 alle 7 pomeridiane il malato resta come insensibile, prostrato, sebbene abbia la respirazione normale con polso e colorito della faccia pure normali.

Il Dott. Tommasi conclude la sua comunicazione col dichiarare che renderà informata la Società dell'esito di questa malattia che acquista gravità dal fatto della sua continuazione dal dì 8 novembre a tutto il presente giorno 7 febbraio 1886.

Il Dott. Fasola ha la parola sopra un caso di *vomito incoercibile in donna operata di ovaro-salpingectomia*.

Il Dott. Fasola ricorda una delle conclusioni del Professor Chiara intorno alla menopausa artificiale o chirurgica come cura dei fibromiomi dell'utero e dei disturbi che si associano a codesti tumori, e fa quindi la storia della sua operata di ovaro-salpingectomia.

È donna di 35 anni, maritata, pluripara; malata, dopo l'ultimo parto avvenuto da tre anni circa, di metrite cronica con residui di ovarite, di periovarite e di salpingite; e che ha menorragie e metrorragie, le quali si presentano con gravi turbe nervose isteriche e con dolori, che le rendono insopportabile la vita. Dopo molti ed energici tentativi di cura conservativa, tutti riusciti senza vantaggio duraturo, è operata della castrazione, che l'ammalata domandava con insistenza, e di cui essa conosceva bene lo scopo, la probabilità soltanto di riuscita e la gravità.

L'operazione veniva praticata il 15 gennaio ultimo scorso. In essa due particolari: la difficoltà di estrarre un'ovaia, coperta da essudati di antica data; e leggiera irregolarità del taglio in un punto della superficie del peduncolo, causata dal coltello poco tagliente, perchè stato immerso per più di un'ora in una soluzione fenicata al 10 per %.

In seguito alla operazione la temperatura si mantenne regolare fino al quinto giorno: dal quinto giorno fino al decimo abbassamento notevole e costante: polso piccolo, frequente; respiro anche frequente. Gli altri fenomeni morbosi che dominano il decorso clinico sono: il vomito ostinato, e la intolleranza assoluta del ventricolo ad ogni sostanza ingerita fin dai primi momenti dopo l'operazione; gli accessi isterici con delirio e leggieri deliqui. Nella impossibilità di riparare alle perdite e al prosciugamento dell'organismo, tutta l'economia partecipava alla sofferenza determinata del vomito incoercibile, e 10 giorni dopo l'operazione la povera malata cessava di vivere nello stadio così detto algido, in piena coscienza di sé: il vomito era scomparso da qualche ora.

Nulla all'autopsia che mostri la causa della morte: le anse intestinali superficiali sono tinte in rosso-scuro da sangue; raccolta di circa 30 c. c. sangue nella tazza pelvica, venuto dal peduncolo: l'emorragia doveva essere recente, non da più di un paio di giorni.

Il Dott. Fasola analizza il caso, e, per via di eliminazione, viene a dedurre che il vomito era simpatico o riflesso, determinato dalla costrizione del pedu-

compressione, dallo
duncolo compresi.
n vi prese alcuna
fattasi due giorni

Dott. Tommasi e
lla comunicazione

ni esposte dal Dot-
ervire di conferma
o di partenza dalle
zione. Infatti nella
ntinuarono fortis-
al Dott. Fasola
itato le altre ca-

pariva pienamente
logia sembrava at-
ie. Aggiunge che
ccesso fu completo.
a doppia eseguiti
ia. In due si ebbe
breve riapparvero
ebbe guarigione
re così leggieri che
re ugualmente la
Egli ha acquistato

la convizione dell'inutilità dell'ovariotomia come cura radicale dell'istero
epilessia.

Il Dott. Banti nota come la presenza dell'isteria nell'uomo dimostri
la poca influenza delle ovaie nello sviluppo della nevrosi. In questa malattia
è specialmente da considerarsi lo stato dei centri nervosi i quali presentano
una disposizione, una eccitabilità particolare e reagiscono in modo anomalo
per gli eccitamenti periferici. Esistendo questo stato, eccitamenti provenienti
da qualunque parte del corpo ed anche dalle ovaie possono produrre sintomi
isterici. Messa in chiaro la provenienza degli stimoli delle ovaie, si comprende
che l'ovariotomia possa portare la guarigione radicale, come nei casi di epi-
lessia riflessa periferica. Però anche in queste circostanze l'operazione può
riuscire inutile, quando l'alterazione dei centri nervosi siasi resa più pro-
fonda ed essi siano divenuti capaci di per sé stessi, anche tolto lo stimolo
periferico, di funzionare in modo anomalo. Bisogna quindi distinguere i fe-
nomeni isteroidi mantenuti da lesioni periferiche, dalla vera e propria istero-
epilessia.

Il Dott. Fasola analizza il caso da lui narrato, ricorda come i disturbi
isterici si presentassero durante l'epoche mestruali; come all'esame diretto le

ovaie apparissero alterate e la loro compressione determinasse fenomeni nervosi. Perciò era giustificato il ritenere che dalle ovaie partisse lo stimolo che manteneva l'isteria: in tale supposto era razionale il ricorrere alla castrazione che sopprimeva la parte da cui partiva l'eccitamento. Del resto riconosce giuste le osservazioni fatte dal Prof. Pellizzari e Dott. Banti in quanto l'ovariotomia doppia non si debba considerare come cura generale dell'istero epilessia, ma solo come cura di alcuni casi di questa nevrosi.

Il Dott. T. Tommasi riferisce come in un caso di ovariotomia doppia eseguita dal Dott. Catani per istero epilessia, si ebbe cessazione dei fenomeni nervosi fino alla morte.

Il Dott. Banti domanda dopo quanti giorni dall'atto operatorio avvenisse la morte.

Il Dott. Tommasi risponde d'ignorerlo.

Il Prof. P. Pellizzari e il Dott. G. Banti dichiarano che con le osservazioni da loro fatte non intesero affatto muovere critiche al caso riferito dal Dott. Fasola: essi vollero solo aprire una discussione in genere sulla castrazione considerata come cura radicale dell'istero epilessia.

Il Dott. A. Paggi ricorda come in un caso d'istero epilessia in Inghilterra fosse eseguita la semplice laparotomia senza toccare le ovaie: nondimeno si ebbe un buon risultato. Ciò dimostra che le guarigioni per castrazione non si debbono sempre all'aver estirpato le ovaie.

V^o il Presidente

Prof. PIETRO PELLIZZARI.

Il Segretario

Dott. GUIDO BANTI.

faccia dorsale di esso tocca la faccia anteriore della gamba. La madre del bambino è primipara e racconta che all'ottavo mese di gravidanza cadde sul dorso scivolando da una lunga scala: il parto però avvenne a termine, fu naturale e in presentazioni del vertice. Si fa la diagnosi di *callo deforme per frattura sopramalleolare intrauterina*, e si applica una ferula del Desault con trazione elastica e poi una fasciatura di flanella con pressione graduata sul callo. Con questi ed altri mezzi si riuscì in meno di un mese a ridurre il piede in buona posizione, a diminuire l'intumescenza prodotta dal callo, insomma a fare scomparire quasi completamente la deformità sopra descritta.

Il Dott. Paggi presenta ambedue gli ammalati.

A proposito della comunicazione del Dott. Paggi, il Prof. D. Chiara racconta la storia di una ferita intrauterina guarita. Una donna, giunta quasi al termine della gravidanza, nel cadere da una scala si fece con un rottame di bottiglia una ferita al ventre: oltre le pareti addominali, vi fu ferita dell'utero, della placenta e del feto. Il medico non riconobbe che la ferita delle pareti addominali e ne praticò la sutura. Nonostante, il parto avvenne felicemente dopo qualche giorno. Il Prof. Chiara vide il bambino circa due settimane dopo la nascita e ne constatò al fianco la ferita cicatrizzata.

La seduta pubblica è tolta a ore 2 pomeridiane.

V° il Presidente

Prof. PIETRO PELLIZZARI.

Il Segretario

Dott. GUIDO BANTI.

QUARTA ADUNANZA PUBBLICA DEL 28 MARZO 1886.

Alla Presidenza, il Prof. PIETRO PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti i Soci: Luciani, Tafani, Brigidi, Boncinelli, Faralli, Tommasi, Bottari, Paggi Adolfo, Marcacci, Fasola ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo Verbale della precedente Adunanza, ha la parola il Dott. **Vittorio Marchi**, presentato alla Società dal Prof. Luciani. Egli comunica le sue *ricerche sulle degenerazioni consecutive all'estirpazione totale e parziale del cervelletto*. Il materiale di studio proveniva da sei cani e tre scimmie operati dal Prof. Luciani. Il metodo di ricerca consiste nell'immergere per 5-6 giorni pezzetti della grossezza di 1 ctm., già induriti nel bicromato di potassa, in una miscela di una parte di soluzione d'acido osmico 1% e di due parti di liquido del Müller. Questo miscuglio ha la proprietà di colorire in nero intenso le gocce di mielina che vanno disgregandosi dalle fibre nervose in preda a degenerazione.

I risultati ottenuti sono i seguenti.

In seguito all'estirpazione totale del cervelletto si ha sclerosi diffusa della sostanza grigia che circonda i fasci piramidali; atrofia delle fibre trasversali del ponte che sono in rapporto con i peduncoli cerebellari medi; sclerosi della sostanza grigia delle olive tanto superiori che inferiori; infine degenerazione di tutti i peduncoli cerebellari, compresi il fascio cerebellare diretto del Flechsig. Rimangono normali il fascio piramidale diretto o anteriore, e i nuclei di sostanza grigia del pavimento del 4° ventricolo.

In questi casi di estirpazione totale del cervelletto, la sclerosi essendo molto diffusa, il Dott. Marchi non ha potuto distinguere i rapporti dei diversi fasci cerebellari, ad eccezione del fascio cerebellare diretto del Flechsig, che è riuscito a seguire isolato lungo il midollo spinale. Soltanto deve tenersi conto del fatto importante della sclerosi della sostanza grigia delle piramidi e delle olive, inquantochè mostra i rapporti strettissimi che essa ha col cervelletto.

Più interessanti invece sono le alterazioni riscontrate nei tre casi in cui era estirpata la metà soltanto del cervelletto. In essi ha trovato una sclerosi diffusa nella metà corrispondente alla lesione, e in gran parte di fibre della metà opposta del ponte e midollo allungato. Nella degenerazione del peduncolo cerebellare superiore si nota un fatto importante, cioè: le fibre di detto peduncolo degenerato, lungi dall'incrociarsi completamente come è ammesso in generale dagli osservatori, con quelle del lato sano,

QUINTA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 11 APRILE 1886.

Alla Presidenza, il Prof. PIETRO PELLIZZARI, Presidente.

Sono presenti i soci Bajardi, Colzi, Boncinelli, Bianchi, Chiara, Giuntoli, Fasola, Paggi Adolfo, Faralli, Tommasi, Brigidi, Sonsino, Socio Corrispondente, ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il Processo Verbale della precedente adunanza, ha la parola il Prof. D. Chiara, il quale presenta due donne operate nella clinica ostetrico-ginecologica di Firenze. — In una, sposa di 22 anni, primipara, fu eseguita il 13 marzo la laparotomia per la escisione di grosso sarcoma (diagnosticato) dell'ovajo destro, pesante sette chilogrammi. — L'incisione richiesta nella parete addominale fu di 22 ctm. Il tumore aveva contratto aderenza estesa con il legamento largo sinistro: non potendo sciogliere l'adesione, fu fatto un grosso peduncolo sul legamento e tolta l'aderenza col coltello incandescente a 1 $\frac{1}{2}$ ctm. sopra il laccio. — Coll'omento enormemente ipertrofizzato il tumore aveva pure larga e forte adesione a sinistra. — L'omento fu segmentato in tre parti, allacciato e resecato a 6 ctm. circa di distanza dal tumore mediante il coltello incandescente del Paquelin.

L'ovajo sinistro sano non fu toccato.

Il decorso consecutivo fu regolare fino al 7° giorno, in cui si tolsero i punti della sutura addominale. Poi si ebbe un po' di febbre (da 38°,3 a 38°,8) e formazione di un ascesso nella regione iliaca sinistra corrispondente al grosso peduncolo dell'omento. Si praticò l'incisione dell'ascesso e si mise il tubo a drenaggio; nel 4° giorno da questa incisione, si eliminò dall'apertura un grosso e lungo cencio che pareva connettivo, ma che portando tre lacci di grosso filo di seta mostrava essere l'omento ch'era stato diviso dal tumore e allacciato: la lunghezza dei brandelli eliminati era di ctm. 12; il peso di grammi diciassette.

Dopo questo fatto la febbre cedè, la sacca suppurante si chiuse rapidamente, e la operata lasciò il letto 18 giorni dopo la operazione.

L'esame microscopico fatto dal Prof. Bajardi confermò la diagnosi di sarcoma.

La narrazione della storia, è preceduta da considerazioni sulla fisiologia dei cistomi ovarici che un certo numero di microscopisti considera, perchè epiteliomi, come maligni; donde la conseguenza che anche i sarcomi s'abbiano a operare poichè si operano i cistomi.

SESTA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 2 MAGGIO 1886.

(Tenuta nel Laboratorio d'Istologia fisiologica)

Alla Presidenza, il Prof. LUIGI LUCIANI, Vice Presidente.

Sono presenti i Soci: Brigidi, Boncinelli, Tafani, Colzi, Urbino, Tommasi, Bajardi, Bianchi, Fasola, Paggi Adolfo, Bottari, Chiara, Giuntoli, Celoni, Bertini Oreste Socio Emerito, ed il Segretario degli Atti.

Letto ed approvato il processo Verbale della precedente Adunanza, il Dott. A. Paggi chiede la parola per completare la storia di un caso di ovariectomia, sul quale già intrattenne la Società nel 1884. Dopo l'operazione era rimasto un tramite fistoloso dal quale usciva una piccola quantità di pus. Trascorsi diciotto mesi, uscì dal tramite uno dei fili di seta adoperati per le legature e in seguito a ciò la cicatrizzazione divenne completa.

Il Prof. A. Tafani ha la parola per comunicare i suoi studi *sulle condizioni uteroplacentari della vita fetale*.

Il nuovo lavoro del Tafani è diviso in tre parti. La prima di queste svolge l'argomento dal lato storico, la seconda studia analiticamente le condizioni uteroplacentari della vita fetale in molti mammiferi, e la terza confronta i dati raccolti per provare la gradazione tra le varie forme di placenta e per dimostrare le leggi che ne regolano la tessitura.

Gli Autori che hanno svolto lo stesso tema si possono riunire in tre gruppi diversi. Alcuni ammettono una comunicazione diretta tra il sistema vascolare della madre e quello del feto: altri, persuasi dell'indipendenza dei due sistemi, credono che il nutrimento del feto sia esclusivamente affidato ai fenomeni osmotici; ed altri infine ritengono necessario che si formi un umore nutritivo speciale. I sostenitori di quest'ultima dottrina si dividono: in coloro che stimano esser tutto quanto il latte uterino preparato dalle glandole otricolari; in coloro che lo vogliono far provenire da un nuovo organo glandulare che si sviluppa durante la gravidanza; ed in quelli poi che sostengono essere questo compito affidato per una parte alle glandule e per l'altra ad un organo neoformato.

Il Tafani ha preso in esame non tanto la placenta quanto le altre parti materne e fetali che stanno alla superficie interna dell'utero nelle varie epoche della gravidanza. Dirigendo in questa guisa i suoi studi ha creduto di poter più difficilmente trascurare l'osservazione di quei dati indispensabili per giungere in ultimo ad alcune formule generali.

difficili, pure si osservano, sempre le medesime cose. Nella parte discoide si hanno costantemente i fatti della prima serie: nel posto occupato dalla serotina e dalla decidua vera, gli altri della seconda. Tra le placente discoidi la più semplice è quella dei Topi ed è quella che merita di esser presa specialmente in esame perchè per le sue particolarità somiglia più delle altre alla placenta umana. La placenta della Cavia è la più complicata: contrariamente a quanto si è fino ad oggi creduto essa riceve in ogni sua parte i vasi dall'allontoide: i vasi omfalomesenterici si distribuiscono soltanto al falso corion. La placenta della donna è la più complessa: si compone di molti cotiledoni tutti quanti uguali tra loro: ciascun cotiledone è conforme, tranne nella maggiore ectasia vasale, alla placenta discoide dei Topi.

Il Tafani nell'ultima parte del suo lavoro studia le molte disposizioni anatomiche osservate nei differenti mammiferi, ponendole tra loro a confronto. Afferma che la graduazione tra le varie forme presentate dalla placenta esiste appariscentissima. Dalla placenta rudimentale dei Selaci si passa per mezzo dei Marsupiali a quella diffusa della Scrofa, della Cavalla e di molti altri mammiferi. Dalla diffusa si giunge alla cotiledonata mediante alcune forme miste riscontrabili nei Cervidi, e dalla placenta cotiledonata si arriva senza stacco a quella zonata ed a quella discoide. Confrontando accuratamente le diverse placente e studiando i varii momenti dello svolgimento del medesimo organo nella donna, possiamo affermare che le forme placentari gradatamente più complicate costituiscono lo stato fisso e permanente dello sviluppo della placenta umana.

Conclude poi col far notare che due ordini di condizioni uteroplacentari appariscono nei varii animali studiati. O si verificano condizioni favorevoli ai fenomeni d'assorbimento, o fatti che possono favorire i fenomeni osmotici. In un primo caso abbiamo da una parte un organo che produce un umore speciale e dall'altra una superficie assorbente provvista d'un epitelio e di vasi come nei villi dell'intestino. In un secondo, invece, troviamo due sistemi di vasi, uno materno e l'altro fetale, sviluppatissimi, paralleli e quasi ad immediato contatto perchè nei due strati cellulari ad essi interposti o si scavano alcuni solchi per riceverli o si atrofizza la maggior parte delle cellule. In questi sistemi di vasi sono notevoli sopra ogni altra cosa due particolarità. La corrente sanguigna nel sistema della madre scorre dalla superficie fetale della placenta verso il tessuto proprio dell'utero, e nel sistema del feto segue una via precisamente inversa. In alcuni animali i vasi che formano il sistema materno sono ugualmente larghi dal principio alla fine: in altri invece sono inegualmente dilatati. Le ectasie vasali si presentano soltanto nel sistema materno e si sviluppano sempre più avvicinandosi il termine della gravidanza.

In ogni utero gravido, dice il Tafani, si riscontrano questi due ordini di condizioni uteroplacentari. In alcuni animali dai primi agli ultimi tempi della gestazione sono ambedue ben manifesti: in altri, invece, spariscono: un dato tempo i fenomeni che ci rivelano la presenza del latte uterino. In questi però, cessando la formazione di tale umore nutritivo e cessando

scomparsa di cellule c
meni per i quali si ric
Nessun altro chie

V° il *Preside*
Prof. PIETRO PALLI



Aperta la discussione sulla comunicazione fatta dal Dott. Banti, il Prof. **Luciani** dichiara di essere egli pure convinto della brevità del periodo d'incubazione e dell'efficacia delle disinfezioni per combattere il colera. A causa della brevità del periodo d'incubazione stima affatto inutili certi mezzi preventivi, quali le quarantene. Conforta la sua opinione con esempi osservati nella recente epidemia di Ascoli Piceno.

Il Dott. **Corso** riferisce pure esempi di periodo d'incubazione del colera assai breve.

Il Prof. **Paoli** ammette anch'esso la brevità del periodo d'incubazione. Riconosce che con energiche disinfezioni si riesce spesso a vincere un incipiente epidemia e cita in appoggio i fatti avvenuti in Firenze nell'estate ed autunno trascorso.

Nessun altro chiedendo la parola la seduta è tolta a ore 3 pomeridiane.

V° il vice Presidente
Prof. **LUIGI LUCIANI.**

Il Segretario
Dott. **GUIDO BANTI.**

Il Dott. Giuntoli domanda al Dott. Fasola se vi sia sempre modo di riconoscere se un aborto è spontaneo o criminoso.

Il Dott. Fasola dice che si è cercato un criterio differenziale nello stato dell'uovo. L'uovo rotto indicherebbe aborto criminoso, e uovo intero aborto spontaneo. Però i casi occorsi nella Maternità di Firenze tolgono ogni valore a questo segno ed egli deve dichiarare che non esiste un mezzo per differenziare l'aborto spontaneo dal criminoso.

Nessun altro chiedendo la parola, la seduta pubblica è sciolta a ore 2 pom.

Per il Presidente

Dott. VINCENZO BRIGIDI.

Il Segretario degli atti

Dott. GUIDO BANTI.

far premure presso il Municipio e la Provincia perchè stabilissero una somma anche tenue per cooperare allo studio di questo problema sì utile alla igiene pubblica.

Il Dott. **Faralli** fa alcune rettificazioni.

Il Prof. **Luciani** ringrazia e constata esser vero che propose l'inizio della cura Pasteur alla Provincia e che le chiedeva un sussidio, però adesso vi sostituisce una seconda proposta, in cui la domanda è per lo scopo di fare una serie di ricerche scientifiche, da persone competenti.

Il Dott. **Marcacci** osserva che se fosse chiesto un sussidio a tale scopo alle autorità cittadine, vorrebbe che fra gli enti dovessero essere interpellate le amministrazioni ospitaliere.

Il Prof. **Paoli** constata la conclusione dubbia del Prof. **Luciani** circa all'utile reale della vaccinazione Pasteur; adesso egli stesso è venuto a chiedere non un laboratorio, la cui idea spaventò per la spesa, ma degli aiuti ad esperimenti per vedere la reale utilità delle inoculazioni antirabiche. In questo caso il Municipio sarà felice di aiutarlo.

Il Dott. **Colzi** osserva che il Fritsch di Vienna vide morire tutti i cani inoculati col metodo intensivo.

Il Prof. **Brigidi** interrompe, perchè queste osservazioni rientrano nella discussione scientifica. Propone la nomina della Commissione, che accettasse tutti quei socii volenterosi, che volessero schiarire le varie questioni, che man mano sorgessero.

Il Prof. **Luciani** dice che sarebbe utile che l'Accademia avanzasse ufficio al Municipio, alla Provincia e allo Spedale, ed all'Istituto Superiore perchè concorressero alle spese per nuovi studii sperimentali per la rabbia, chiamando anche i loro rappresentanti a far parte della Commissione.

L'Accademia approva alla unanimità e stabilisce di fare l'adunanza ventura secondo la proposta del Dott. **Banti**.

L'adunanza è chiusa alle ore 2 e mezzo pom.

Il Vice Presidente

Dott. **VINCENZO BRIGIDI**.

Il Segretario degli atti

Dott. **AURELIO BIANCHI**.

A DEL DI 13 FEBBRAJO 1887.

di LUCIANI, *Vice Presidente.*

ani, Bajardi, Brigidi, Corso, Zannetti,
Boncinelli, Colzi, Giuntoli, Marcacci,

za alle ore 1 pom.

bale, per la mancanza del Prof. Chiara
le comunicazioni, si propone di riman-

ecchè parlare della vaccinazione anti-
lo.

istica dei curati col metodo Pasteur
o sono 69 curati, distribuiti in tre
animali constatati rabici sperimen-
parti scoperte e in parti coperte con
i morsicati da animali certificati rab-
sospetti.

la 3^a 6. Dei 21, 4 sono da 1 a 7 anni,
oltre i 25 anni. Fra questi 7 furono
le 24 ore, i non causticati furono 8.
sati tre mesi. L'Amoroso col De Renzi
e i risultati sono opposti a quelli del
le inoculazioni col virus più forte non

rimenti qui da una Commissione com-
gire piucchè discorrere.

esperimenti col virus rabico sulle rane.
siano i risultati ottenuti a Milano.
ino che a Milano qualche caso di morte

ore 1,40.

Il Segretario degli atti
Dott. AURELIO BIANCHI.

QUINTA ADUNANZA PUBBLICA DEL DI 24 APRILE 1887.

Alla Presidenza, il Prof. LUIGI LUCIANI, Vice Presidente.

Sono presenti i Soci effettivi Luciani, Zannetti, A. Bianchi, S. Bianchi, Tommasi, Grazi, G. Pellizzari, G. Banti, Crapols, Chiara, A. Paggi, Urbino e i Soci aggregati Bloch, Monselles, Silvestri, Signorini, Giorgeri, Targioni, Fatichi, Guidi e Messeri.

Letto e approvato il processo verbale, si leggono i ringraziamenti dei nuovi Soci e un invito della Presidenza del Congresso Medico di Pavia di prendervi parte. Il Presidente raccomanda ai Soci di aderire alle giuste richieste della Presidenza del Congresso.

Prende quindi la parola il Dott. **Aurello Silvestri** circa alla *cura anti-settica dell'ulcera rodente della cornea*.

L'ulcera rodente è una delle più gravi fra le malattie della cornea ed è da deplorarsi che mentre i recenti studii ne hanno perfettamente determinato il processo patogeno, regni ancora tanta incertezza nella terapeutica di questa affezione. Non può negarsi che anche in questa parte si sieno fatti notevoli progressi, ma bisogna purtroppo confessare che moltissimi casi resistono alle cure più illuminate e più energiche, anche se cominciate in tempo opportuno.

Io dirò quel che si pratica nella clinica nostra contro questa malattia. Non intendo di dare un valore assoluto e generale a ciò che andrò esponendo, ma essendo la cura dell'ulcera rodente ancora mancante di regole precise e razionali, mi sembra utile che ciascuno vi apporti il suo contributo di osservazioni.

Il quadro fenomenico della cheratite a ipopion è noto a tutti che si occupano di malattie oculari; in quanto alla sua natura, gli studi di Eberth (1), Leber (2), Stromeyer (3), Dolshenkow (4), Fritsch (5) e Schmidt-Rimpler (6)

(1) Centralbl. f. die med. Wissenschaft. 1873 n. 8 u. 19.

(2) Ibid. 1873. n. 9.

(3) Arch. f. Ophthalm. 1873. T. XIX, 2. p. 1.

(4) Centralbl. f. die med. Wiss. 1873, p. 655 u. 674.

(5) Experimentelle Studien etc. Erlangen, 1874.

(6) Arch. de Virchow. 1877, LXX, 2. p. 202.

hanno dimostrato ad evidenza essere questa malattia dovuta alla introduzione di micro-organismi in una abrasione della superficie corneale. Abbia questa infezione la sua sorgente nell'alterata secrezione congiuntivale o in quella delle vie lacrimali, o nei prodotti della blefarite ciliare, o in un processo necrobiotico produttore una specie di auto-infezione, come crede il Prof. Guaita (1), o in tutte queste cose insieme; è ormai stabilito che noi abbiamo a combattere un processo settico.

È dunque necessario che noi rivolgiamo le nostre cure contro l'elemento patogeno, con lo stabilire una rigorosa ed efficace antisepsi.

La cheratotomia, che dopo il classico lavoro di Saemisch ha formato fino ad oggi la base della cura, procurando lo svuotamento dell'ipopion e degli ascessetti che circondano l'ulcera, soddisfa fino ad un certo punto a questa indicazione ed è quasi sempre valevole ad arrestare il processo distruttivo della malattia. Ma i risultati finali che si ottengono da questa cura non sono davvero tali che non si possa desiderare di meglio e gli esiti purtroppo non rari di tisi anteriore (*aplanatio corneae*) o di vasti leucomi aderenti o ectasici ci mostrano ad evidenza che se l'intervento chirurgico è generalmente capace di impedire che l'affezione giunga alle sue ultime tristissime conseguenze, e di salvare almeno una porzione di cornea, nella massima parte dei casi è incapace di conservare l'occhio in uno stato di soddisfacente integrità.

Noi abbiamo adunque voluto ricercare se con un trattamento antisettico energico e rigoroso fosse possibile di evitare il taglio dell'ulcera e di arrestare in pari tempo il processo infettivo della cheratite a ipopion.

E qui giova notare come le sostanze generalmente consigliate e usate quali antisettici non sono in realtà valevoli ad uccidere i germi infettivi, ma soltanto hanno potere di impedirne lo sviluppo; sono cioè semplicemente asettiche, ma non realmente antisettiche (2). Le sostanze in cui si è potuta riconoscere una vera virtù antisettica si riducono a ben poche e forse soltanto al bioduro ed al bicloruro di mercurio; mentre le altre servono solo ad impedire lo sviluppo dei germi che casualmente si trovino sulle parti ammalate o che possano penetrare fino ad esse; e tali sono la medicatura fenica, salicilica, borica, quella all'jodoforme, ecc.

Trattandosi nel nostro caso di un processo infettivo già sviluppato, le precedenti medicature non possono che limitarne alquanto il decorso, ma non hanno la potenza di vincerlo: perciò bisogna ricorrere all'unica valida sostanza antisettica che noi conosciamo, al sublimato corrosivo.

È sulla scorta di questi principii che abbiamo cercato di stabilire le basi di una cura razionale dell'ulcera rodente, che chiamerei volentieri *infettante* se questo appellativo non fosse già da tempo destinato a denotare tutt'altra malattia.

(1) Des ulcères profonds de la cornée etc. Paris, 1883.

(2) GUAITA. — L' inizio della Clinica oculistica senese. Siena, 1885, p. 107.

Ed eccoci senz'altro a descrivere la medicazione che da quasi un anno noi adoperiamo contro questa affezione nei malati che il chiarissimo Direttore di Clinica Prof. Paoli con la sua ben nota cortesia ha messo largamente a mia disposizione.

Stabilito che la base della cura deve essere l'antisepsi, noi l'applichiamo nel modo il più rigoroso. Essa incomincia naturalmente da tuttociò che deve avvicinare l'ammalato; le mani del chirurgo sono precedentemente lavate in una soluzione di sublimato all'uno e mezzo per 1000, ed asciugate con garza al sublimato; nella stessa soluzione di sublimato sono pure lavate le maniche di tela incerata che difendono gli avambracci dell'oculista ed è nel medesimo modo lavato il letto oftalmico del Wecher, su cui per le ragioni che ora diremo, viene disteso l'ammalato. Una soluzione più tenue di sublimato, ma sempre a dose antisettica ($\frac{1}{7000}$) serve a lavare accuratamente la faccia dell'infermo e in modo speciale il sopracciglio e le palpebre. Se esiste blefarite se ne tolgono minuziosamente i prodotti di secrezione e nel caso di malattia del sacco, ne facciamo senz'altro lo squarciamento, riserbando a cauterizzarlo o causticarlo a cura inoltrata.

Dopo tali cure accessorie, per quanto della massima importanza, noi attacchiamo direttamente cogli antisettici la cornea ammalata: non è questo un ardimento nuovo perchè già da molto tempo sono stati in uso i toccamenti dell'ulcera con l'acqua clorata, e con soluzioni più o meno concentrate di acido fenico e le cauterizzazioni col termo- o col galvano-cauterio; ma sono riusciti insufficienti i primi, poco giovevoli e talvolta nocive le seconde. Lo stesso sublimato corrosivo è stato adoperato dal Prof. Guaita già citato, ma in soluzione leggiera e per pennellazioni sulla congiuntiva delle palpebre arrovesciate, talchè ben poco ne veniva in contatto dell'ulcera e noi stessi abbiamo veduto il distinto Oculista nella sua Clinica non di rado dover ricorrere al fuoco quale antisettico eroico.

L'antisettico che noi applichiamo sulla cornea è il sublimato corrosivo alla dose di $\frac{1}{400}$, che in generale è benissimo tollerato; ma in casi di speciale sensibilità lo usiamo all' $\frac{1}{500}$.

Rovesciata indietro la testa del malato, che preferiamo far giacere supino sul letto oftalmico, la parte anteriore del bulbo oculare forma come il fondo convesso di un recipiente le cui pareti sono costituite dalle palpebre divaricate, cosicchè il sacco congiuntivale è suscettibile di ricevere e contenere una certa quantità di liquido. Di questa disposizione opportunissima per l'applicazione dei medicamenti liquidi noi approfittiamo per far bagnare la cornea per due o tre minuti nella soluzione di sublimato corrosivo, lasciando di tanto in tanto che il malato socchiuda le palpebre per non stancarlo di troppo e versando poi nuova soluzione. Durante questa applicazione noi vediamo leggermente appannarsi la congiuntiva ed aumentarne un poco la iniezione, e crediamo che questa azione cateretica riattivando la circolazione sanguigna in quei tessuti intorpiditi, sia di non poca utilità: il detritus purulento che ricopre il fondo dell'ulcera, di giallastro si fa biancheggianti e in parte già se ne distacca.

Prolungando questo bagno oculare per il tempo che si è detto, si ha per parte della cornea un abbondante assorbimento di sublimato il quale giunge fino ad inquinare il contenuto della camera anteriore e già fin dalla prima medicatura si può considerare debellato il processo infettivo.

Il giorno successivo troviamo che il fondo sporco, dell'ulcera comincia a detergersi e di già si inizia il riassorbimento dell'ipopion il quale coagulandosi e riducendosi nel suo volume, si separa dall'angolo iridieno.

Ma per quanto con questa medicazione si giunga ad ottenere il riassorbimento di tutto il pus; e noi abbiamo veduto dileguarsi raccolte purulente occupanti quasi la metà della camera acquee; se l'ipopion è alcun poco esteso, è utile per accelerare la guarigione, evacuarlo con una larga paracentesi praticata al limite sclero-corneale ed estrarne con le pinze i coaguli che non fuoriescono spontaneamente; e tanto più ci affrettiamo ad evacuare l'ipopion in quanto crediamo che la sua presenza nella camera anteriore e il suo contatto coll'iride sia non di rado la causa delle congestioni e delle flogosi di questa membrana, che si spesso complicano il corso dell'ulcera rodente.

Un medicamento spesso di grande aiuto e da non tralasciarsi nella cura di questa malattia è certamente l'eserina, che agisce come potente antissuppurativo migliorando in modo notevole la nutrizione della cornea; ma noi ne abbiamo assai limitato l'uso essendo questo alcaloide facilmente causa di iridite fino a produrre l'occlusione pupillare. Per regola generale, nella cura dell'ulcera a ipopion non perdiamo mai di vista l'iride e preferiamo l'eserina o l'atropina secondo le indicazioni forniteci dallo stato dell'iride e della pupilla, dalla tensione oculare e dal fenomeno subiettivo dolore.

Dopo il bagno oculare al sublimato corrosivo e l'applicazione della pomata di eserina o del collirio di atropina, pratichiamo invariabilmente il bendaggio con un cuseinetto di cotone al sublimato corrosivo all' $\frac{1}{2000}$ separato dalla cute da uno strato di garza pure al sublimato, difeso di fuori da del velo di guttaperca e mantenuto in sito da fasce di garza borica, che si sostituiscono, in caso d'indocilità del malato, da fasce inamidate; poichè è della massima importanza che l'apparecchio resti bene applicato sull'occhio durante tutte le 24 ore che intercedono fra due medicature successive.

Praticando questa medicatura antisettica nel modo il più scrupoloso, noi da molti mesi abbiamo potuto abbandonare completamente la cheratotomia di Saemisch ed abbiamo ciò nonpertanto ottenuto sempre guarigioni rapide e sicure.

Una volta vinto il processo infettivo, la cicatrizzazione dell'ulcera si è fatta sollecitamente lasciando per esito finale dei piccoli leucomi quasi sempre liberi o con limitate aderenze quando i malati sono entrati in cura con la cornea già perforata e non è stato possibile ridurre il prollasso iridieno. Anche nei casi più disperati, mercè il bagno antisettico e la fasciatura è stato possibile evitare le conseguenze più funeste quali lo stafiloma opaco e il flemmone dell'occhio.

Parla successivamente il Dott. **Signorini** intorno al *solfofenato di zinco* e al *sublimato corrosivo nella cura delle malattie veneree*.

Il solfofenato di zinco fu sperimentato nelle vulvo-vaginiti delle bambine e non dette risultati soddisfacenti: fu usato poi nella blenorragia dell'uomo e anche in questi casi non corrispose tanto da potergli dare un posto d'onore fra gli antiblenorragici. Lo stesso fu osservato nelle vulvo-vaginiti blenorragiche della donna, facendo il bagno locale con la soluzione al 3 e 4 per 100. Giovò nelle vulviti semplici e ulcerose, come nella balano-postite. Usando la soluzione a 1 per 100 nelle forme ulcerative specifiche fu notato che queste peggioravano facendosi atoniche, e infiltrandosi spesso alla base.

Il Dott. **Signorini** conclude che in genere:

« il solfo-fenato di zinco a 1 per 100 è tollerato benissimo;

« si può usare senza pericolo, anche quando il periodo acuto della blenorragia non è ancora completamente terminato;

« alla dose del 2 o 3 per 100 è benissimo tollerato e può usarsi nella blenorragia cronica, sia essa localizzata alla fossetta navicolare o alla porzione post-bulbare dell'uretra; facendo la iniezione convenientemente con la siringa del Langlebert nel primo caso, o con quella del Guyon o col processo del Diday nel secondo;

« però il solfo-fenato di zinco non ha virtù antiblenorragiche speciali. »

Relativamente alla cura della blenorragia col sublimato corrosivo, lo sperimentò prima in 150 casi di uretrite nell'uomo. In alcuni il titolo della soluzione fu al 20 millesimo, ma vistane l'inefficacia la usò al 10 millesimo, infine a 1 per 5000 in un sol caso, perchè mentre a 1 per 10000 già si accennava l'intolleranza per l'uretra, a 1 per 5000 fu tale che vennero in scena fenomeni irritativi gravi per modo che fu abbandonato. I gonococchi aumentavano o diminuivano irregolarmente durante la cura. Per ottenere la guarigione fu necessario ricorrere agli antichi metodi di cura. Nella donna il sublimato fu usato a dosi più alte 1 per 1000, 2 per 1000 come bagno locale, e a $\frac{1}{2}$, per 1000 per irrigazioni vaginali. Risultato negativo. Il Dott. **Signorini** concludeva che nella uretrite dell'uomo il sublimato corrosivo al 20 millesimo è inefficace, al 10 millesimo non val meglio degli altri medicamenti soliti a usarsi, ma talvolta provoca dolori e fenomeni riflessi sul collo vescicale; a 1 per 5000 è già una dose troppo forte perchè sia ben tollerato. Riferendosi al potere antisettico del sublimato, conclude che non è un medicamento utile nella cura della blenorragia, perchè non se ne può prolungare l'azione sull'uretra.

Accenna ad avere sperimentato il rimedio nei casi di bubbone venereo e dichiara che nonostante le abbondanti lavande a 1 per 1000 nella cavità dell'ascesso non ha potuto prevenirne l'ulcerazione.

Aperta la discussione il Dott. **Grazzi** domanda al Dott. **Signorini** se ha mai negli scoli uretrali adoperata la resorcina.

Il Dott. **Signorini** risponde che in Clinica non si è adoperata.

Il Dott. **Grazzi** osserva che negli scoli auricolari ha adoperate con buoni risultati soluzioni di solfofenato di zinco al 4 e 5 ‰, invece che all'1 ‰.

Il Dott. **Signorini** dice che negli scoli uretrali i rimedii agiscono più a dosi piccole che a dosi forti. Perciò la dose del solfofenato di zinco non si è spinta più oltre.

Il Dott. **Banti** crede che la blenorragia dipenda dal gonococco, perchè è una malattia contagiosa a base d'infezione, che non può dipendere altro che da batterii: vi sono forse orchiti dipendenti da batterii diversi da quelli della vera orchite blenorragica e sono dipendenti da coiti con donne con catarri semplici. In questi casi le forme dei batterii sono differenti e meno numerose che negli altri: nei casi di orchite blenorragica vera da lui osservati c'erano, e, se non trovava il gonococco, la diceva semplice e difatti in questi casi essa è decorsa rapida ed è guarita con mezzi semplici e senza recare contagio. Convienne che la biologia del gonococco è tuttora nel bujo.

Il Dott. **Signorini** risponde di non negare il gonococco, ma di credere che non sia sanzionato definitivamente: e che non gli si debba dare l'assoluta importanza; tanto più che si han casi di uretriti con caratteri clinici identici, nei quali vi sono e non vi sono gonococchi e tutti i casi sono guariti con gli stessi medicamenti. Di più il vedere che il sublimato spesso non guarisce le blenorragie lo fa dubitare della loro natura parassitaria.

Il Dott. **Banti** osserva che esistono malattie localizzate in uno stesso organo, simili in Clinica, diverse in etiologia: quindi vi possono essere uretriti eguali senza e con gonococchi: del resto negli scoli uretrali vi sono talora cocci uniti come il gonococco, ma sono falsi cocci, i quali a differenza dei cocci veri non si colorano col metodo del Graam. Il criterio terapeutico è importante, ma una ragione per la resistenza delle uretriti vere al sublimato c'è. Una iniezione forte ha fatto, in certi casi, cessare l'uretrite per 2 o 3 dì, poi essa riappariva: il che vuol dire che la iniezione uccide i germi superficiali, non i profondi, i quali dopo 2 o 3 dì ritornano alla superficie della mucosa e recano la uretrite nuova.

Nessuno prendendo la parola, la seduta è sciolta alle ore 1 e mezza pom.

Il Vice Presidente
Prof. LUIGI LUCIANI.

Il Segretario degli Atti
Dott. AURELIO BIANCHI.

SESTA ADUNANZA PUBBLICA DEL 29 MAGGIO 1887.

Alla Presidenza, il Prof. LUIGI LUCIANI, Vice Presidente.

Sono presenti i soci: D. Chiara, A. Bianchi, E. Fasola, Grazzi, Tommasi, Del Greco, Guidi, Bloch, Giorgeri, Giuntoli, Paggi, Targioni, Signorini, Stanislao Bianchi, Todi, Boncinelli, Bargioni, Messeri, Magrini, Sacchi, Martinetti, Novi, Crapols, Colzi, Bottari.

La seduta è aperta alle ore 1 pomeridiane.

Letto ed approvato il Verbale della precedente Adunanza, il Presidente, dà la parola al Prof. Chiara per la comunicazione dal titolo: *l'uso del sublimato corrosivo in ostetricia*.

L'oratore ricorda che l'uso del sublimato corrosivo in chirurgia è di data antica, essendo già stato usato a Modena nel 1842. Il Tarnier, nel Congresso tenuto a Londra nel 1882, riferiva di averlo usato con vantaggio nella Maternità di Parigi: subito dopo il Prof. Chiara ne introduceva l'uso nella Maternità di Milano, poi di Firenze, dove faceva uno studio comparativo fra il sublimato e l'acido fenico. Nessun caso di avvelenamento ha constatato mai, sopra migliaia di operazioni, e questo a differenza di quanto fu osservato e pubblicato in altre cliniche.

L'oratore attribuisce l'ottimo risultato ottenuto alla tecnica speciale adottata nell'istituto da lui diretto, tecnica che descrive chiaramente e in tutti i particolari.

Terminata la comunicazione del Prof. Chiara, il Presidente dà la parola al Dott. Guidi per la comunicazione: *anasarca da elmintiasi*.

Alla discussione prendono parte il Prof. Del Greco, il Dott. Colzi, il Dott. Paggi e il Dott. Guidi, a proposito della comunicazione del Professore Chiara; il Dott. Targioni, il Dott. A. Bianchi, il Prof. Luciani a proposito della comunicazione del Dott. Guidi.

La seduta è tolta alle ore 3 pomeridiane.

Il Presidente

Prof. LUIGI LUCIANI.

Il Segretario degli Atti

Dott. E. FASOLA.

ANNO ACCADEMICO 1887-88

CONSIGLIO DIRETTIVO

LUCIANI Prof. LUIGI	<i>Presidente</i>
TAFANI Prof. ALESSANDRO	{ <i>Vice-Presidenti</i>
CELONI Dott. PIETRO	
GRAZZI Dott. VITTORIO	{ <i>Segretarii degli Atti</i>
BIANCHI Dott. AURELIO	
FASOLA Dott. EMILIO	<i>Segretario delle Corrispondenze</i>

Consiglieri:

CORRADI Prof. GIUSEPPE — PELLIZZARI Prof. PIETRO — NESTI Dott. LEOPOLDO
GIUNTOLI Dott. LUIGI — TURCHINI Dott. GIUSEPPE — CRAPOLS Dott. VINCENZO

~~~~~

## COMMISSIONE PERMANENTE

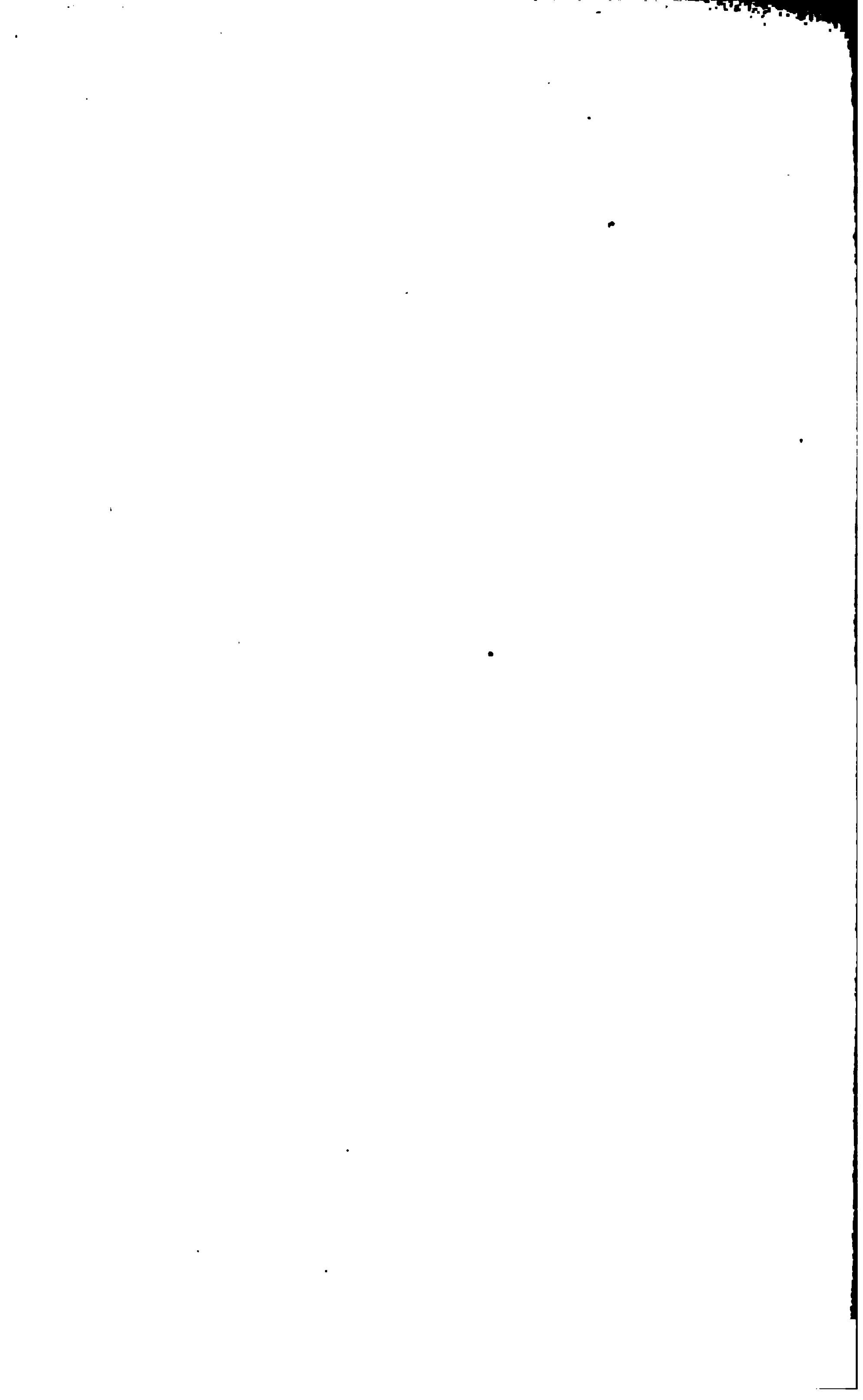
FILIPPI Prof. ANGIOLO, *Presidente*  
MARCACCI Dott. GIORGIO, *Segretario*

### Consiglieri:

BONCINELLI Dott. PIETRO — DEL GRECO Dott. GIOVANNI — GRILLI Dott. PIETRO  
TOMMASI Dott. TOMMASO

=====

FARGIONI Dott. GUSTAVO, *Cassiere* — ZANNETTI Dott. RAFFAELLO, *Bibliotecario*





durre ogni singola emozione e il modo con cui il soggetto ci aveva corrisposto ossia le manifestazioni mimiche o verbali cui si era abbandonato. A esperienza compiuta, il *protocollo*, comprendente, come si è detto, la descrizione dei fenomeni psichici e subiettivi, veniva posto a riscontro col *tracciato*, esprimente la sequela delle variazioni termiche e obbiettive rivelatesi al galvanometro. Appositi e comuni segni convenzionali, interpolati di volta in volta tanto sul tracciato come sul protocollo, permettevano poi di stabilire il perfetto parallelismo delle due registrazioni, ossia la *sincronicità* tra i vari *momenti psicologici* dell'esperienza ed i vari periodi della curva termogenetica. Sicchè riesciva abbastanza facile l'indagare il rapporto che unisce i secondi con i primi.

Le persone assoggettate a quest'esame furono due, entrambe giovani, donne, sane di corpo e di mente e per null'affatto isteriche. Le sedute sperimentali non furono meno di venti. Ipnotizzati i soggetti, si poteva, mediante opportune suggestioni, produrre in essi ogni sorta di emozioni, dalle più angosciose alle più piacevoli, dalle più violente alle più delicate, dalle più intime alle più appariscenti e pittoresche. Al che era d'aiuto la conoscenza che avevano gli sperimentatori dei precedenti psichici e del carattere dei loro soggetti.

Con questo metodo il Tanzi ed il Musso poterono constatare che ogni qualvolta si produceva un'emozione l'indice, dapprima immobile, del galvanometro si spostava; ossia variava la temperatura della fronte. Non variava, invece, quella dell'occipite, nè delle altre regioni del capo quando ivi si collocava la pila esploratrice. Cosa singolare, anche la faccia, dove solitamente si riassumono, pel rossore e il pallore delle guancie, le manifestazioni centrifughe degli affetti sotto forma di iperemie e di anemie momentanee, non rivelò mai nè costanti, nè notevoli mutamenti termici al galvanometro.

Oltre a questo risultato di localizzazione o per lo meno di prevalenza della reazione emotiva alla fronte, ne emerse un altro non certo indegno di attenzione. Le variazioni, cioè, della temperatura, piuttosto che assumere la forma di progressivi aumenti e di progressive diminuzioni del calore, hanno l'aspetto di vere *oscillazioni*, cioè consistono in ripetute alternative di riscaldamento e raffreddamenti che si susseguono rapidamente.

Infine, come terzo risultato delle esperienze praticate nell'uomo, apparve anche questo fatto: che per qualsiasi emozione, piacevole o dolorosa che fosse, le oscillazioni di temperatura non variavano gran fatto nè nel loro ritmo, nè nel loro tipo, nè nella loro intensità.

Non solo rimase senz'effetto sul galvanometro l'applicazione della pila alla faccia; ma anche inclinando il capo dal lato della pila ovvero dal lato opposto, ed eziandio producendosi sforzi muscolari atti ad indurre uno stato congestizio nella cute (sia col trattenere il respiro, sia col contrarre fortemente la fronte, la bocca e le gote), il galvanometro rimase sempre mut. In altre parole, nessuna delle condizioni più acconcie a produrre un mutamento nella circolazione cutanea del capo, fu capace di rimuovere l'apparecchio indicatore delle variazioni termiche dalla posizione d'equilibrio di

: di ciò, invece, furono costantemente capaci le ta che la pila era collocata nella fronte. Di qui l'induzione che le variazioni termiche osservate fossero indipendenti dalla circolazione cutanea e che potessero veramente attribuirsi, almeno ipoteticamente, al calore del cervello trasmesso durante il lavoro funzionale, attraverso ai diversi involucri, fino alla cute del capo.

D'altra parte la conduttività termica notoriamente cattiva di tali involucri infirmava potentemente cosiffatta interpretazione. In ogni caso poi era ben difficile provare che le variazioni termiche osservate nella cute fossero in esatta dipendenza dalla parte di cervello sottostante, potendo il sangue, reduce dalla rete capillare del cervello iperfunzionante, trasportare l'eccesso di calore, acquistato nel suo passaggio, ad un punto qualunque della cute all'infuori di qualsiasi localizzazione nella regione sottostante al punto cutaneo medesimo.

Per risolvere tutti questi diversi problemi, il Tanzi volle penetrare più addentro nello studio della termogenesi cerebrale. E però, approfittando della liberalità di consigli e di mezzi accordatagli dal Prof. Luigi Luciani, estese nell'Istituto di Fisiologia di Firenze, le ricerche termo elettriche allo esame diretto del cervello, praticando all'uopo, opportune aperture nel cranio di diversi cani e di due scimmie.

In questa seconda serie di ricerche, che servono di conferma e di base alle prime, gli animali venivano narcotizzati. Appena finita l'operazione si cominciavano gli esperimenti. Gli eccitamenti usati per produrre emozioni erano rumori improvvisi, carezze, odori gustosi di cibi; ad una cagna vennero presentati i cagnolini, e si ottenne che ai guaiti di questi rispondeva la voce amorevole della madre; in quasi tutti gli animali si fece poi la prova della liberazione, slegandoli dai lacci che stringevano loro le zampe o rallentando il morso che teneva loro fiasco il capo, e la speranza, che con questo spediente si suscitava, in essi, di giungere presto al termine dell'esperimento aveva un'eco profonda sul galvanometro, le cui oscillazioni divenivano più ampie e frequenti che mai.

La pila applicata nella breccia craniale e poggiante sulla dura madre, ovvero — in altri casi (incisa la dura) — sul cervello era doppia. Mentre la estremità interna era abbandonata alle vicende termogenetiche della sostanza cerebrale, la estremità esterna si trovava alla stessa temperatura dell'aria ambiente, la quale, data la non grande sensibilità del galvanometro, poteva considerarsi come costante. In altre esperienze, volendosi esaminare contemporaneamente due punti diversi e non potendosi disporre né di due galvanometri, né di due pile doppie, si ricorse al seguente mezzo. Ciascuno dei punti da esplorarsi accoglieva una pila semplice, e questa era in comunicazione con altra pila semplice, comune alla prima e alla seconda ed immersa nel ghiaccio fondente. Con quattro vasetti a mercurio si poteva, in uno o due secondi, mutare i rapporti fra le tre pile in maniera che, agendo sempre la pila nel ghiaccio, ciascuna delle altre due poteva a vicenda escludersi o comprendersi nel circuito. Così i due punti potevano esaminarsi se non contemporaneamente, per lo meno ad un intervallo brevissimo.

Ciò posto, ecco le principali deduzioni che si possono ricavare dai fatti raccolti.

1°. Non sempre le eccitazioni dirette a suscitare stati emotivi hanno un riscontro al galvanometro. Ma di ciò non è difficile la spiegazione: gli è che le emozioni non si producono. Infatti il mutismo del galvanometro apparve più costante e più deciso appunto nel primo periodo delle esperienze, quando cioè perduravano gli effetti della narcosi resa necessaria dall'operazione. Appena tali effetti si dissipavano e cominciava il risveglio, l'animale entrava in condizioni tali, da permettere, anzi da favorire ogni sorta d'emozioni. Si può anzi asserire, senza tema di errare, che lo stato di semi coscienza da cui era caratterizzato questo periodo di risveglio fosse il più acconcio allo scopo; poichè un animale legato e terrorizzato com'erano i nostri, avrebbe dovuto trovarsi, se la sua coscienza fosse stata piena ed intiera, in tale stato di preoccupazione, da non permettergli di commuoversi ad alcun eccitamento all'infuori di quello che, molesto e incessante, generava la sua preoccupazione.

Tuttavia accadde spesso che, pur mantenendosi la più grande inerzia nella corteccia, si avessero movimenti dell'estremità e della testa, che pur lasciavano sospettare una qualche attività nervosa. Come spiegare, in tal caso, l'indifferenza della pila applicata alla zona motrice? E se il punto d'applicazione non era in questa, come negare la produzione di uno stato emotivo, quando i movimenti summenzionati sembravano attestarne la presenza? In verità anche le esteriorità di siffatti movimenti indicavano chiaramente ch'essi erano riflessi spinali. Ma per accertare anche meglio la loro natura, si pensò che il midollo spinale stesso poteva dire ove era il loro centro di riflessione. E infatti, introdotta una pila in corrispondenza al rigonfiamento lombare, risultò ch'essa era preda a variazioni termiche incessanti finchè si avevano questi movimenti; mentre le variazioni cessavano allorchè cessavano i movimenti non solo, ma eziandio quando essi assumevano, col perdere la loro rigidità e prontezza e regolarità, il tipo di contrazioni difensive volontarie. Gli è che nel primo caso il midollo funzionava come centro riflettorio del movimento; nel secondo, invece, o non agiva affatto ovvero operava come semplice organo di conduzione. E infatti avvenne ancora che nel primo periodo delle esperienze, in cui la corteccia — per narcosi — taceva, il midollo fu sempre più che mai instabile nella sua temperatura. Laddove nella seconda fase dell'esperienza, ristabilendosi l'attività corticale e tacendo i fenomeni riflessi, il midollo diventava più costante nel suo stato termico, ossia men frequenti e men forti erano le oscillazioni di questo. Tuttociò senza contare quei casi in cui, tacendo egualmente e il midollo e la corteccia, l'eccitamento riesciva inefficace sia come punto di partenza di atti riflessi, sia come sorgente di emozione. Ciò dipende dalla circostanza che un'emozione richiede, per prodursi uno stato di preparazione psichica, che permetta all'eccitamento di connettere la sensazione immediata che ne è la conseguenza con altre sensazioni e ricordi ed immagini rappresentative; poichè l'emozione, lungi dal costituirsi un processo schematico ed elementare, risulta dall'associarsi di un insieme tumultuario di processi elementari. Sicchè un eccitamento, pure arrivando

odurre o no un'em-  
stato generale in cui trovasi la coscienza in quel m  
dell'elaborazione cui viene assoggettato.

2°. Prescindendo da queste eccezioni, le emozi-  
dente squilibrio della temperatura cerebrale dapprima  
in limiti di gran lunga più ristretti. È il tipo ass-  
termiche fu costantemente quello osservato nella pr-  
sulle giovani suggestionate. Vale a dire che fu sem-

3°. Non soltanto si ebbero, per le emozioni, c-  
ervello; ma queste raggiunsero tali proporzioni (fu  
concepire non solo che *potessero*, ma anzi che *dot-*  
conduzione fino alla cute del cranio.

4°. L'inalazione di nitrito d'amile, pure indu-  
circolo cerebrale, non diede che *tarde* e *scarse* mod-  
tura. I sospiri e le altre modificazioni del respiro n-  
galvanometro. E non ne ebbero tampoco i movimen-  
all'animale.

5°. Le variazioni termiche riscontrate nel cer-  
zionati non erano localizzate, nè predominanti in m-  
speciale regione della corteccia. Il che, Invero, co-  
stato osservato sull'uomo.

Ma qui è il caso di ricordare la diversità dei m-  
di esperienze, come pure la differenza di natura dell-  
navansi nell'uomo in confronto a quelle suscitate m-  
Sull'uomo agiva una suggestione verbale; quindi v'-  
cesso mentale che traducesse la parola in pensiero;  
per associazione, nuovi pensieri, ossia nomi di cose e  
diverse, ossia nuove parole. Il lavoro psichico era p-  
concentrato com'era nel campo delle rappresentazion-  
invece, l'eccitamento generatore dell'emozione era pi-  
mamente collegato colla vita sensoriale e motoria: no-  
contatti, immagini olfattive. Là un processo più com-  
suo campo d'attività in contorni più angusti; qua, i-  
plicante rapporti più semplici e men numerosi, ma tale-  
iù svariati e zone corticali più discoste. Un fine ric-  
rina; e quattro punti in croce sopra un largo cana-

Dall'insieme di tutti questi fatti, volendo conclu-  
ale, il Tanzi ritiene che si possa affermare il processo  
on equilibrii termici osservabili in estese aree del cer-  
nsazioni e i movimenti o non producono modificazion-  
ili o li producono così limitatamente, da rendere as-  
enirli. Inoltre è interessante il fatto che la circolazi-  
oltre sugli equilibrii termici assai meno che non il pr-  
torio nervoso della sostanza cerebrale. Infine quest-  
me il fondamento chimico di quella manifestazione



tata dalla mutata temperatura, non è continuato; ma, rivelandosi sotto forma di raffreddamenti avvicendati con riscaldamenti, apparisce come un'alternativa di azioni e di riposi, ossia, come tanti altri processi del mondo organico e dell'inorganico, assume aspetto ritmico.

Ha quindi la parola il Dott. A. Bianchi intorno *alle modificazioni dell'area gastrica per le variazioni di posizioni e per l'introduzione di cibi e di gas.*

Alla ricerca delle variazioni dell'area gastrica si son dati i principali cultori della semeiotica medica, inquantochè l'importanza di una ben definita misura dello stomaco è apparsa sempre nelle ricerche cliniche.

Nè l'area dello stomaco è sì facile ad esattamente limitarsi, come da molti si crede: la facilità si ha nel trovarle il suono timpanitico fondamentale nella sua parte centrale, ma ben diversa è la facilità di determinare i limiti periferici di questo suono, cioè del viscere che lo produce. — Difatti ognuno sa che se la estremità cardiaca dello stomaco si nasconde sotto il lobo sinistro del fegato e sotto al cuore, quella pilorica è coperta da denso strato di fegato e che se la sua gran curva superiore spesso è nascosta dal suono polmonare, la sua curva inferiore si confonde nei limiti estremi con la sonorità del colon trasverso. Perciò i migliori cultori della semeiotica e della clinica si sono occupati della questione e mi piace qui rammentare gli studii che con particolare amore il nostro clinico Prof. Federici conduceva circa alla possibilità di determinare tale area con l'ascoltazione stetoscopica della percussione e con l'ascoltazione dei suoni cardiaci propagati allo stomaco.

Io, riprendendo in particolare studio l'ascoltazione stetoscopica della percussione, riuscii a potere con essa determinare con scrupolosa esattezza, confermata dagli esperimenti fatti sugli animali e sui cadaveri, nei quali anzi lo stomaco enormemente disteso dai gaz si presta benissimo a queste ricerche, non solo la estensione dell'area gastrica in genere, ma anche le diverse modificazioni che essa subisce per cause diverse.

### 1.

E prima di tutto dirò che con tale metodo mi è possibile disegnare completamente i confini dello stomaco in tutte le loro parti: non sfugge a questa ricerca nè la sua estremità cardiaca, nè quella pilorica, nè la piccola, nè la grande curva di quello. E mi è così concesso di potere, determinando le due estremità relativamente fisse del viscere, constatare con il confronto della più costante posizione di esse, le altre modificazioni subite dallo stomaco stesso.

Per compiere queste ricerche ho in uso di esaminare prima l'ammalato supino ed a stomaco vuoto e di determinare i confini gastrici, collocando la campana dello stetoscopio successivamente in due punti, che sono l'uno a sinistra ove è massima sonorità timpanitica, presso la mammillare, l'altro sulla linea mediana ove la sonorità timpanitica ben decisa mi indica essere quivi lo stomaco libero dalla sovrapposizione del fegato. Ciò è importante, perchè se nei piccoli possiamo anche con un solo punto centrale accogliere le

sue parti, anche lontane,  
di risultato, se non cerchian  
to.

la percussione dall'alto a sin  
stra in basso, poi continuand  
inferiore, risalire a destra e infine percuotere dall'alto al basso per  
piccola curva. Nei punti di emergenza del cardias e del piloro trovo c  
segnato sorpassa il livello degli altri punti di contorno del viscer  
percuote da sinistra a destra e da destra a sinistra per il cardias  
all'alto e dall'alto al basso per il piloro, onde determinare la larg  
l'area occupata dalla regione cardiaca e pilorica dello stomaco e  
però questo da non dispregiarsi nella diagnosi di molte affezioni

## II.

Per osservare adesso la influenza dei cangiamenti di posizione  
sulla figura dell'area gastrica, comincio dal far porre il paziente  
letto ed osservo che, permanendo pure le dimensioni dell'area  
nella stazione supina, io ottengo i seguenti fatti: 1° una discesa d  
inferiore, per cui lo stomaco va più in basso di vari centimetri  
gione mediana; 2° una discesa della curva superiore e della picc  
questa lieve, quella talora notevole; 3° un allungamento delle linee  
terminano la regione cardiaca: nulla o poco di quelle piloriche,  
maco è vuoto o quasi.

Facendo porre il paziente ritto addirittura, ho i fatti stessi  
tuati, ma null'altro di straordinario. Se invece colloco il paziente  
destro ho uno spostamento di pochi centimetri della curva destr  
basso e l'esterno, di quella sinistra verso il basso e l'interno e le  
diache sono assai più allungate, mentrechè quelle piloriche apper  
gono. Se invece lo faccio porre sul fianco sinistro ho spostamento de  
in modo inverso e un allungamento delle linee piloriche e delle c

## III.

Se al malato, in posizione eretta, fo ingerire un bicchiere di  
servo che subito dopo l'area gastrica si modifica come appresso.

- 1°. Discesa in basso per vari centimetri della curva inferi
- 2°. Diminuzione della curva laterale sinistra e della curva
- 3°. Abbassamento e maggiore concavità della piccola curva
- 4°. Allungamento notevole delle linee cardiache e mite del  
loriche.

Facendo volgere il malato sul fianco destro si osserva:

- 1°. Uno spostamento mite verso destra della curva inferiore
- 2°. Uno spostamento dalla linea mediana della curva s  
piattita.

3°. Un abbassamento verso destra della piccola curva.

4°. Un allungamento più mite delle linee cardiache e quasi nullo delle linee piloriche.

Nella posizione sul fianco sinistro invece si osserva:

1°. Uno spostamento intensissimo verso sinistra della curva sinistra.

2°. Uno spostamento discreto della curva destra verso sinistra.

3°. Un abbassamento notevole della piccola curva, che si fa molto convessa.

4°. Un allungamento notevolissimo delle linee piloriche e notevole pure delle linee cardiache.

Anche dopo l'ingestione di copia maggiore o minore di cibi e di liquidi si hanno i medesimi fatti, se non che allora tutte le curve sono maggiormente trascinate in basso nel punto ove si esercita la massima pressione del contenuto gastrico.

#### IV.

Una curiosità che può avere un valore pratico è pur anco la determinazione della posizione e della quantità del contenuto gastrico, fatta per mezzo del solito metodo.

Perciò occorre porre lo stetoscopio nel punto, ove si suppone che per le leggi della gravità debba trovarsi il contenuto gastrico semiliquido o liquido e percuotere verticalmente dall'alto al basso o da destra a sinistra o da sinistra a destra, secondochè il malato è in posizione eretta, o laterale sinistra o laterale destra. Allora si osserva che il liquido o semiliquido stesso si livella nel viscere, dando così una idea abbastanza approssimativa della capacità della cavità gastrica, come mostrerò in altro mio lavoro sull'argomento.

#### V.

Se dopo aver fatto bere al malato un bicchiere di limonata, gli si fa bere un bicchiere di soluzione addolcita di bicarbonato di soda, si produce artificialmente la distensione gastrica per gaz acido carbonico.

Le modificazioni che allora subisce l'area suddetta sono le seguenti:

1°. Aumento di dimensioni in tutte le sue parti, con predominio della curva inferiore destra, e sinistra e della curva superiore: poco si sposta la piccola curva e per lo più essa si fa più concava.

2°. Diminuzione delle linee piloriche e cardiache.

#### VI.

Le conclusioni di queste mie osservazioni di semeiotica sperimentale parmi che siano le seguenti:

1°. Non è più concesso al clinico coscienzioso di fare un solo esame dello stomaco per determinarne le dimensioni e la figura, perchè esso variando tanto, richiede molteplicità di osservazioni e di esami.

tà delle funzioni del viscer  
cardiaca offrono al variar

nte si ha sempre un a  
mento dei suoi punti fiss

'abbassamento dello stor  
punto fisso corrispondente

tomaco contiene alimenti

esce in genere l'estensior  
stra, che nelle altre parti  
e del Dott. Tanzi, il Dott.  
ate venivano rasi i cape

auzione poté trascurarsi  
foggiata ad ago e la sua  
tra un capello e l'altri

ipnotizzate si chiedeva se sentissero una specie di prurito pel contatto  
l'ago; e sulla loro risposta affermativa era accertato che la pila toccava  
ramente la cute.

Il Dott. Banti domanda se intercedeva un certo tempo tra il m  
in cui si produceva l'eccitamento e quello in cui cominciavano le  
zioni del galvanometro.

Il Dott. Tanzi replica che l'intervallo accennato dal Dott. Banti su  
per quanto in generale sembrasse assai piccolo. Però il tempo limitato e  
ficoltà di disporre dei soggetti a nostro piacimento ci impedì di misur  
tale intervallo. Troppi erano i problemi che ci si presentavano spont  
mente perchè ci compiacevamo di crearne artificialmente degli alt  
quanto ragionevoli e interessanti. Oltre a ciò i mezzi con cui l'emozi  
produceva consistevano molto spesso non già d'un eccitamento isolato  
d'una serie di eccitazioni progressive, che si sommarono a vicenda. Ne  
eran lunghe sequele di parole che, dirette tutte a provocare una dat  
zione, potevano riescire, anche ad insaputa degli sperimentatori, di l  
vera efficacia; sicchè era difficile separare il periodo reattivo dell'er  
dal suo periodo eccitativo. Le due fasi erano in buona parte sovrapp  
in ogni modo la reazione termica avveniva con una rapidità considere  
ad esempio, evidentemente maggiore di quella con cui sogliono prod  
reflessi vaso-motorii.

Il Prof. Luciani avendo assistito qualche volta alle esperienze  
lendo fornire al Tanzi un'occasione di fissare in maniera anche più e  
alcuni dei fatti da lui osservati, gli chiede se notò nelle osservazioni t  
determinate dalle emozioni, alcune speciali caratteristiche. Lo invita a  
vere il tipo di queste oscillazioni e se per avventura fossero differe

forme ch'esse assumevano nelle varie emozioni e nei processi *non emotivi* dell'attività cerebrale.

Il Dott. **Tanzi** ringrazia il Prof. Luciani della domanda che gli ha rivolto. Più che una risposta, egli non avrà a fare che una semplice parafrasi delle sue parole. In generale le emozioni diedero tutte le stesse oscillazioni termiche: medesima intensità, medesimo ritmo, medesima frequenza. Solo per lo *spavento* parve abbastanza costante il fatto d'una fase primordiale di raffreddamento; e quando un tal fatto non apparve, non risultò chiaramente il fatto contrario. Del resto i raffreddamenti furon più rari che i riscaldamenti; durante l'emozione, gli uni e gli altri si ripeterono per tre, quattro, cinque volte, senza che le rispettive proporzioni si mostrassero gran fatto diverse. Di tanto, cioè, la temperatura s'inalzava di quanto s'era abbassata; sicchè traducendo in un tracciato le oscillazioni dello specchio galvanometrico, le onde d'inalzamento dalla linea d'indifferenza non differivano da quelle di abbassamento. Oltre a ciò, è interessante a notarsi che la congestione cerebrale provocata momentaneamente col nitrito d'amile diede piuttosto una linea progressivamente inalzantesi che non un aumento delle oscillazioni.

Il Dottor **Bianchi** chiede al Tanzi come concilierebbe i proprii risultati con quelli dell'Amidon, e che concetto si sia formato delle ricerche di termoscopia cerebrale praticate da questo sperimentatore.

Il Dott. **Tanzi** crede che in generale a tutte le ricerche di questo genere si possano muovere parecchi appunti, che ne infirmano o ne diminuiscono grandemente l'attendibilità, specialmente in connessione cogli stati emotivi. Tali appunti si possono riassumere nei seguenti capi d'accusa:

1°. Alcuni autori applicarono due pile in punti diversi del corpo o del capo, trascurando di provvedersi d'una sorgente di calore costante. In questo modo riesce sempre incerto se le oscillazioni osservate al galvanometro sono dovute al riscaldamento di una pila ovvero al raffreddamento dell'altra.

2°. Altri sperimentatori trascurarono di istituire le debite distinzioni tra *sensazione* ed *emozione*. Dimenticando che tra lo stimolo prodotto e la reazione ottenuta esiste un cervello capace, anche in narcosi, d'una certa attività indipendente dagli schemi prefissi nelle esperienze, essi credettero di poter tutto ridurre al tipo del riflesso *cerebrale*, ossia alla sensazione semplice. Invece nella corteccia cerebrale del meno intelligente fra gli animali esistono mille fattori che, indipendentemente dalla volontà di chi sperimenta, possono col loro intervento o colla loro assenza parziale e totale o colla diversa attività con cui operano e s'intrecciano, modificare sostanzialmente il processo psichico. Lo stesso stimolo può, a seconda dei movimenti psicologici, o rimanere nel campo dei riflessi cerebrali, o generare, associandosi variamente cogli stati di coscienza precedenti, i processi rappresentativi, motorii ed emotivi più disparati ed inattesi. Così ad esempio, nelle esperienze istituite dal Prof. Maurizio Schiff, è molto probabile che le oscillazioni osservate dipendessero da emozioni anzichè da sensazioni tattili. Così si spiega infatti, come esse si manifestassero in modo incostante e come, nei due emisferi, avessero la stessa intensità. Se non si capisce perchè un organo non paralitico non debba ad ogni eccitamento reagire colla congrua senza

—  
omprensione invece perfettamente nel  
già detto. Ed anche la diffusione  
ddice al concetto delle localizzazioni  
sensazioni elementari, rientra benis-  
è riteniamo che l'eccitamento da noi

prodotto abbia determinato non già una sensazione, ma un'emozione, non già  
un processo semplice e schematico, ma una serie di processi associati ossia  
un'azione d'insieme.

3°. Altri infine, fra i fisiologi e clinici e psicologi che si occuparono  
dell'argomento, fecero uso di termometro. Ora l'esperienza mi dimostrò che  
per oscillazioni così rapide come quelle da me osservate nella temperatura  
del capo e del cervello, un termometro, per quanto delicato, è insufficiente.  
L'inerzia del mercurio, messa alla mercè di un riscaldamento e di un raf-  
freddamento quasi simultanei, fa sì che non vengano registrati nè l'uno nè  
l'altro. Invece la pila termo-elettrica, per la buona conduttività del metallo  
(laddove il mercurio è avvolto nel vetro) e per la minima resistenza da vin-  
cere nel circuito elettrico, è idonea a obbedire e a seguire le oscillazioni termiche  
dell'ambiente nel quale si trova, in tutti i loro dettagli, in tutti i loro momenti.

Non rammento in quale di queste rubriche cadano le ricerche dell'Amidon,  
ma è difficile che si sottraggano a tutte le censure espresse in quelle rubriche.

Il Dott. A. Bianchi osserva che le ricerche cui alluse furono praticate  
con termometri.

Il Prof. Luciani vorrebbe che il Tanzi accennasse brevemente anche ai  
precedenti storici della termosopia cerebrale.

Il Dott. Tanzi lieto che l'ipemmesia del Prof. Luciani, soccorrendo  
alla sua amnesia, gli porga il mezzo di colmare questa lacuna, accenna ai  
lavori di Schiff e di Corso. Dimostra che i suoi risultati stanno in armonia  
e con gli uni e con gli altri; dice che il Corso non ebbe torto allorchè af-  
fermò d'aver rinvenuto raffreddamenti nel cervello in attività. Ciascuno dei  
due osservatori in parola vide un lato del fenomeno; l'uno s'arrestò al ri-  
scaldamento, l'altro, senza negare questo, si trattenne anche al fenomeno  
del raffreddamento. La verità è che, cogli elementi sparsi nell'uno e nell'al-  
tro lavoro, si può ricostituire la linea generale delle variazioni termiche con-  
secutive al lavoro cerebrale: e questa linea consiste in un avvicinarsi di  
riscaldamenti e di raffreddamenti, ossia di azioni e di riposi, che testimonia  
probabilmente la ritmicità delle funzioni psichiche e il loro manifestarsi  
quasi per una serie di esplosioni.

Sulla comunicazione del Dott. A. Bianchi non avvenendo discussione, questa  
si dichiara chiusa.

Il Dott. Bianchi propone che a ringraziare il Dott. Tanzi della bella  
orazione comunicataci, sia esso, seduta stante, nominato membro corrispon-  
dell'Accademia.

La proposta è votata per acclamazione.

Il Dott. Tanzi ringrazia e l'adunanza è sciolta alle 3 pom.

*Il Presidente*  
Prof. UGO LUCIANI.

*Il Segretario degli Atti*  
Dott. AURELIO BIANCHI.

SECONDA ADUNANZA DEL 29 GENNAJO 1888.

*Presidenza del Prof. LUIGI LUCIANI Presidente.*

Sono presenti i socii Signori Luciani, Fasola, Bianchi A., Bianchi S., Del Greco, Roster, Guidi, Tommasi, Giuntoli, Boncinelli, Pellizzari G., Signorini, Baldi, Block, Ricchioni, Sacchi, Crapols, Fatichi, Turchini, Marcacci, Nesti, Martinetti, Bottari.

La seduta è dichiarata aperta alle 1 pom.

Letti ed approvati i processi verbali precedenti, il Prof. Luciani comunica la nomina dei signori Tafani, Corradi, Giuntoli, Grazi, Crapols e Turchini a Membri del Consiglio, la nomina a Presidente di sè, quella a Vice-Presidenti di Tafani e Celoni, a Segretarii degli atti di Bianchi A. e Grazi e a Segretario della corrispondenza di Fasola.

Il Prof. Luciani annunzia che il Succi ha espresso il desiderio di fare un digiuno di 30 giorni, purchè si costituisse una Commissione scientifica. Il Prof. Luciani aggiunge che lo studierebbe volentieri, perchè, essendo eliminata l'azione dei cibi, si possano fare studii interessanti per il consumo nel riposo, nel lavoro muscolare, mentale e nervoso.

Propose di portare la questione nel seno dell'Accademia e poichè il Consiglio l'appoggiò caldamente, oggi egli ne fa proposta formale dicendo che sarebbe cosa di supremo interesse. Il Succi ha dato i processi verbali del digiuno sostenuto a Forlì, a Milano e a Parigi, e da essi l'oratore ha potuto vedere che il digiuno fu serio e la diminuzione di peso fu progressiva con irregolarità spiegabili con le varie funzioni. Del resto, il digiuno lungo è possibile, purchè si beva acqua e lo stomaco possa essere mantenuto con ripetute lavande per impedire lo sviluppo e l'assorbimento delle ptomaine o degli altri alcaloidi che così si produrrebbero. — Dice d'aver visto morire un cane al 44° dì del digiuno. È questione di potere superare lo stimolo della fame nei primi giorni; e quindi, conchiudendo, propone la formazione di una Commissione, che precisi il programma dell'esperimento, che divida il lavoro e che a sua volta crei una Commissione di sorveglianza tra i medici ed altre persone di sua fiducia. Il Succi ha aderito formulando un programma, nel quale ammette l'





interesse: onde (continua l'oratore) sarebbe bene che da noi fossero in omaggio alla scienza ripetuti e continuati.

Il Prof. **Roster** dice che ammetterebbe il digiuno semprechè gli esperimenti in proposta siano importanti e che la sorveglianza sia completa. Se non che osserva, che il Succi sottoponendosi a un tale esperimento ha uno scopo meramente finanziario, ove non ve ne sia qualche altro che non ci è dato di potere rintracciare. Ad ogni modo, aggiunge, il programma presentato dal Succi ha un lato debole, che davanti il volgo potrebbe menomare la dignità della scienza, la quale si vorrebbe così mistificare, risentendone l'Accademia tutte le conseguenze del ridicolo.

Il **Presidente** domanda al Prof. Roster che cosa crede che sia il ridicolo e da qual fatto ne possa derivare.

Il Prof. **Roster** risponde che nel suo interesse il Succi pubblicherà nel suo giornale *spiritico* il risultato degli esperimenti ritorcendoli a pro delle sue *fole e delle sue pappolate*, il che non sarebbe decoroso.

Il Dott. **Nesti** crede alla importanza della cosa; fa sua la opinione del Prof. Roster e, come lui, non vorrebbe che il giornale *spiritico* sia il portavoce degli esperimenti del Succi: domanda inoltre che cosa si propone il Succi con le gite fuori di Firenze; perchè ben si può dubitare che quelle gite non servissero di mezzo per mangiare clandestinamente. Proporrebbe pertanto di vederlo in continua osservazione sotto il regime di rigorosa sorveglianza.

Il **Presidente** assicura che lo scopo di quelle gite è per mestiere, vale a dire di mostrarsi agli studenti di quelle Università e di far denaro. D'altronde, dice l'interpellato, sarà frustrato ogni pericolo di mistificazione, perchè la sorveglianza non sarà punto rallentata durante il tempo delle proposte escursioni.

Il Dott. **Nesti**, ripigliando la parola, dimostra che sotto quest'aspetto il programma del Succi non è accettabile nè dal lato scientifico, nè dal lato morale. Soggiunge che se il Succi per privati suoi fini volesse fare le proposte gite di piacere, potrebbe rimandarle al 31° di, quando, cioè, sarà cessata l'ingerenza dell'Accademia.

Il **Presidente**, in ordine alla durata del digiuno, osserva che non assume alcuna responsabilità. Dice che durerà fino alla massima tolleranza, e che da parte sua si farà sollecito avvertire il Succi tosto che si manifestino sintomi di debolezza e di abbattimento incompatibili alla continuazione del digiuno.

Il Prof. **Roster** prega onde sia ricusata la *nomina della Commissione* la quale tornerebbe all'Accademia di pregiudizio completo.

Il Dott. **Marcacci** dice che in conclusione non crede importante lo studio del digiuno, poichè di questi se ne son fatti e nessuno ha dato fino ad ora dei buoni risultati.

Il **Presidente** risponde che le ricerche non sono state accurate. Ad eccezione del Digny di Berlino, gli altri sono stati superficiali.

Il Dott. **A. Bianchi** appoggia la *nomina della Commissione*.

I Dottori **Tommasi** e **Nesti** la sussidiano dei loro voti favorevoli.

Il **Presidente** la pone ai voti.

È approvata all'unanimità meno due.

ressa la parola fa la sua comunicazione sulla

ha fino dal 1814 preoccupato i medici, e lo  
e quelli dell'Arioli e del Marcolini.

ati concordi: e mentre alcuni hanno ammesso  
ltri l'hanno assolutamente negata, altri ne  
ai primi, il Delzema, Celso Pellizzari, ed altri  
to la trattazione di questo argomento alcuni  
in questo anno nella Clinica sifilopatica del  
iassumendo la storia dei fatti, ecco come si  
ggio decorso furono praticate le vaccinazioni  
della Toscana e tutte con buono esito. Nelle  
i furono fatte come vaccinifera una bambina  
i caratteri di una buona salute, non avendo  
è alla regione genito-anale, nè alla bocca.  
ima sezione furono adoperate tre pustole.  
a seconda sezione furono adoperate queste  
per spremere la linfa. Per due soli fu ado-

perata quella che era restata intatta. Ora di questi nove bambini, sette fu-  
rono sifilizzati, due rimasero immuni. I casi osservati in Clinica furono i  
seguenti:

*Osservazione prima.* — Madre con due bambini che presentavano la cica-  
trice del sifiloma iniziale, uno nel braccio destro, l'altro nel sinistro. Placche  
mucose ulcerate nella regione genito anale e nella bocca. Ingorghi glandu-  
lari multipli. La madre aveva una piccola cicatrice alla base del capezzolo  
destro con ingorgo delle glandule ascellari. Qualche macchia di eritema,  
qualche papula.

*Osservazione seconda.* — Madre con una bambina — Placche mucose ul-  
cerate — La madre sifiloma iniziale alla mammella sinistra.

*Osservazione terza.* — Donna con cicatrice del sifiloma al capezzolo destro,  
ingorghi glandulari multipli, cefalea, angina indolente, qualche macchia di  
eritema. Allevò un bambino che fu sifilizzato colla vaccinazione e che morì.  
Morì pure una sua bambina vaccinata e sifilizzata contemporaneamente.

*Osservazione quarta.* — Donna con sifiloma iniziale alla mammella  
destra — Datto latte ad un bambino sifilizzato colla vaccinazione ed al suo.  
Morirono l'uno e l'altro.

La sifilide per vaccinazione dice il Simonet può avere tre sorgenti: il  
vaccinatore, il vaccinifero, il vaccinato.

Il primo, quando usi strumenti non puliti o essendo sifilitico e con  
manifestazioni in bocca adopero la saliva per stemperare il pus, il secondo  
quando sia sifilitico, il terzo quando pure sia sifilitico e che immergendo  
l'ago la pelle si trasporti il contagio sulle pustole del vaccinifero. Ammesso,  
come il Prof. Pietro Pellizzari ed altri ammettono che le cause irritanti pos-  
sono nella località determinare delle manifestazioni nei soggetti sifilitici, il  
trauma eseguito per la vaccinazione può dar luogo ad una pustola vaccinica

modificata, o attorno alla pustola madre a manifestazioni umide specifiche. In tal caso si intende come la sifilide possa trasmettersi. Infine il sangue mescolato alla linfa può essere veicolo della sifilide. Nei casi nostri fu il vaccinifero la sorgente del contagio, per quanto la sifilide fosse latente, e si compì per la mescolanza del sangue alla linfa.

Di fronte ad un pericolo così evidente risulta chiaro come sia preferibile la vaccinazione animale, quando sia fatta con pus fresco e per quanto è possibile direttamente.

Il Dott. Ricchioni chiesta ed ottenuta la parola interloquisce *sopra un caso di ciste idatica parotidea*.

A causa dell'ora tarda, la discussione sugli argomenti svolti dai signori Signorini e Ricchioni è rimandata alla seduta prossima.

La seduta è levata alle 3 e un quarto pom.

*Il Presidente*  
Prof. LUIGI LUCIANI

*Il Segretario*  
Dott. AURELIO BIANCHI



Terminata la lettura del Dott. S. Bianchi, il Presidente apre la discussione sulla medesima, ma nessuno domandando la parola, egli rivolge al lettore la domanda « come possano conciliarsi le opinioni che si tratti di un processo dipendente da atavismo, o che rappresenti l'apofisi trasversa della vertebra occipitale. »

Il Dott. S. Bianchi risponde dimostrando come queste due ipotesi, cioè ripetizione del processo dei vertebrati inferiori ed apofisi trasversa della vertebra occipitale, si possano accettare ugualmente per spiegare la formazione del processo paramastoideo.

Il Presidente comunica quindi la relazione della Commissione nominata per preparare il programma del concorso al *premio Zannetti*, relazione che viene letta dal segretario.

Terminata la lettura di questo rapporto, il Dott. Tommasi domanda la parola dichiarandosi incaricato dalla Società Filoiatrica di fare osservare all'Accademia che nella prima parte di quel rapporto era detto che il tema scelto per il concorso al *premio Zannetti* aveva per titolo « Chirurgia del cervello e sue meningi » mentre nel programma di concorso era stata cambiata la parola « meningi » in « involucri ». Alla Società Filoiatrica, la quale come sappiamo, concorre in parte a formare il *premio Zannetti* piaceva di più mantenere la prima espressione.

Domanda la parola il Dott. Banti per rispondere al Dott. Tommasi sembrandogli che la seconda dizione sia equivalente alla prima, non essendo quindi stato introdotto nel tema, che deve servire di concorso al *premio Zannetti*, alcun cambiamento, equivalendo la parola *involucri* a *meningi*. Il Dott. Banti fa poi osservare che nel programma di concorso per il *premio Zannetti* non vi è alcun articolo per dichiarare se il lavoro da presentarsi al concorso debba essere manoscritto o stampato, e se il nome del concorrente debba essere palese o segreto.

Il Presidente vedendo fra gli adunati il Prof. Baiardi, che faceva parte della commissione per redigere il programma per il concorso per il *premio Zannetti*, lo invita a dare spiegazioni in proposito.

Il Prof. Baiardi dice che il nome del concorrente non deve essere ignoto perchè la chirurgia del cervello non è fatta da molti; si tratta di operazioni che in generale vengono eseguite in pubblico negli ospedali, sarebbe quindi facile di supporre il nome del concorrente, anche se non lo avesse dichiarato; la commissione credè quindi di non prescrivere che il nome del concorrente fosse ignorato.

Il Presidente aggiunge, che coloro i quali vorranno prender parte al concorso tenendo celato il nome potranno farlo, come si pratica nei concorsi dell'Accademia dei Lincei lasciando libero al concorrente di palesare o di nascondere il nome a suo talento, sottintendendosi nei programmi di concorso che è permesso ciò che non è vietato. Il concorrente è pure libero di mandare il lavoro manoscritto o stampato.

Il Dott. Banti propone che queste interpretazioni siano inserite nel processo verbale e servano di norma per il concorso del *premio Zannetti*, proponendo inoltre che si stabilisca il termine del medesimo.

a di concorso  
uno presentare

r sapere se l' /  
'annetti, come  
trica, oppure  
e sostituì la p

preopinante c  
il Dott. Bant

Prof. Baiardi che fa parte di quella commissione crede che la parola « meningi » egli non ha niente in contrario.

Il Prof. Baiardi prende allora la parola per dichiarare che non ha in realtà cambiato niente nel tema che deve essere al premio Zannetti; ma per soddisfare l'incaricato della commissione non si oppone a che venga mantenuta la dicitura medesima del Dott. Nespoli, sostituendo la parola « meningi » alla parola « meningei ».

Il Presidente domanda all'Accademia se debba comunicare al Dott. Rosati il voto di plauso contenuto nella relazione di cui è incaricata di redigere il programma di concorso al premio Zannetti, proposta del Presidente essendo accettata all'unanimità. Il Segretario di partecipare questo voto al Prof. Rosati.

Il Presidente prende quindi la parola per informare l'Accademia quanto è stato fatto dalla Commissione nominata per stabilire le norme relative al digiuno del Sig. Succi. Detta Commissione si è riunita più volte allo scopo di stabilire i temi scientifici da risolversi durante il digiuno, per creare una numerosa giunta di sorveglianza durante il digiuno stesso. Dopo varie spiegazioni e discussioni, il Sig. Succi e la Commissione nominata dall'Accademia hanno stipulato un contratto o capitolato in forma legale di cui il segretario di

Il Presidente enumera quindi le varie questioni che si sono proposte di studiare durante il digiuno del Sig. Succi, e invita i Signori Adunati a presentare le loro osservazioni sul contratto. Il Segretario.

Domanda la parola il Dott. Sacchi dicendo che sarebbe opportuno che quell'atto, affinché poi non dovessero sorgere questioni col Sig. Succi, volesse pretendere dall'Accademia rimborsi di spese o di tasse, e che se lui gli venissero imposte sui guadagni che egli avrebbe durante il digiuno.

Il Dott. Banti non conviene si debba fare allusione al contratto stipulato dal Sig. Succi durante il suo digiuno. Dice che saremo sempre pronti a registrare l'atto nel caso sorgessero questioni che egli però non ha fatto, essendo in quel documento espressamente dichiarato che il Sig. Succi non pretende dall'Accademia alcun compenso o rimborso.

Il Presidente domanda all'Accademia che se qualcuno

ricerca scientifica da farsi durante il digiuno del Sig. Succi, sarebbe molto lieto di poterla effettuare.

Nessuno domandando la parola il Presidente mette ai voti il contratto stipulato col Sig. Succi che è approvato ad unanimità.

Sciolta quindi la seduta pubblica il Presidente invita i Signori Accademici a rimanere in seduta privata per l'approvazione del bilancio consuntivo e per altre comunicazioni.

*V° Il Presidente*  
Prof. LUIGI LUCIANI

*Il Segretario*  
Dott. V. GRAZZI.

26 FEBBRAIO 1888.

LUCIANI, *Presidente*.

Luciani, Tafani, Bianchi Aurelio,  
li, Pellizzari Guido, Baldi, Fasola,  
Baiardi, Guidi, Paggi Adolfo, Bottari, Colzi, Giuntoli, Crapols, Silvelstri, Fa-  
tichi, Gelli e Grazi.

L'adunanza è aperta alle 12,50 pom.

Letto ed approvato il processo verbale della passata adunanza, si comunica una lettera di risposta e di ringraziamento del prof. Rosati: quindi il **Presidente** invita il Dott. Banti a parlare sulla *Etiologia della pericardite*.

Il Dott. Banti prendendo la parola riferisce sopra tre casi di pericardite in cui praticò l'autopsia nel 1887 e sui quali compì studi batteriologici per rischiararne l'etiologia.

Nel 1° caso si trattava d'un individuo nefritico morto per uremia. Oltre le alterazioni proprie della nefrite atrofica si trovò pericardite fibrinosa: l'esame microscopico e le culture dimostrarono la mancanza di batterii nello essudato pericardico.

Il 2° caso è relativo ad un infermo morto per pleuropneumonite cruposa e pericardite fibrinosa: la pleura corrispondente al pericardio era sana. Nell'essudato polmonare, pleurale e pericardico si trovò il *diplococcus pneumoniae* del Fränkel.

Nel 3° caso si trattava di pneumonite fibrinosa con pleurite e pericardite purulenta. Nell'essudato pneumonico si trovò il *diplococcus pneumoniae* del Fränkel e gli stafilococchi aureo ed albo: nell'essudato pericardico soltanto gli Stafilococchi.

Questi tre fatti dimostrano come la pericardite acuta possa avere un'origine *non infettiva* ed una *infettiva*. Nel 1° caso la flogosi deve attribuirsi all'azione di speciali sostanze trattenute nel sangue in seguito alla malattia renale. Nel 2° caso la pneumonite e la pericardite sono malattie dovute allo stesso batterio patogeno che si è localizzato nel pericardio dopo aver colpito il polmone. Il 3° caso rappresenta una infezione mista: la pericardite è una complicanza della pneumonite dovuta ad un germe diverso, è una seconda infezione aggiunta alla prima. Nel 3° caso è possibile che la pericardite si sia sviluppata per diffusione dalla pleura; nel 2°, a causa della integrità



della pleura ricoprente il pericardio, il pneumococco deve essere giunto nel pericardio per la via sanguigna.

A rischiarare l'origine ematogena della pericardite il Dott. Banti ha istituito esperimenti negli animali. Nei conigli morti per setticoemia salivare in seguito all'iniezione sottocutanea del pneumococco non si trovano lesioni del pericardio. Ponendo prima allo scoperto questa sierosa e depositandovi una goccia di essenza di trementina o cauterizzandola con un ago di platino incandescente e facendo poi l'iniezione sottocutanea di pneumococco, si trova negli animali morti per setticoemia una pericardite fibrinosa generalizzata e l'essudato contiene in grandissimo numero i diplococchi capsulati. Esperienze di confronto hanno dimostrato che l'azione della trementina o la semplice cauterizzazione producono una flogosi circoscritta al punto lesa.

In tal modo rimane provato come sia possibile ottenere una pericardite ematogena e determinare una localizzazione insolita dei pneumococchi circolanti nel sangue.

Terminata la lettura del Dott. Banti, il **Presidente** dà la parola al Dott. Silvestri.

Il Dott. **Silvestri** parla del *sublimato corrosivo nella cura della congiuntivite granulosa* dicendo che fra tutte le parti della medicina si è rivolto in questi ultimi anni un interesse sempre crescente alle malattie che la pratica o l'esperimento hanno dimostrato di natura infettiva. In conseguenza anche la terapia si è profondamente modificata ed a questo nuovo indirizzo siamo debitori dei più splendidi successi. Ciò è stato di grande importanza anche per l'Oftalmologia, inquantochè una delle più perniciose affezioni oculari, l'Oftalmia granulosa, è stata parimente riconosciuta di natura infettiva, e sulla base di questa nozione è stato possibile stabilire un trattamento curativo razionale ed efficace.

L'origine parassitaria della congiuntivite granulosa fu dimostrata per la prima volta dal Sattler nel 1881 al congresso di Heidelberg e tale scoperta, d'altronde già preparata da una lunga serie di osservazioni sulla natura contagiosa della malattia, fu confermata e completata successivamente dagli studj bacteriologici di Koch, Michel, Goldschmidt e d'altri molti.

Il processo morboso provocato dai micrococchi della granulosa è stato recentemente studiato ed esposto nel modo il più chiaro dal Dott. Staderini di Siena in una memoria pubblicata nell'anno decorso (1). Egli dopo avere con nuove ricerche ed esperimenti determinato i caratteri morfologici e biologici dei tracomococchi con maggior precisione di quel che non sia stato fatto fin qui, ha rivolto la sua osservazione sui fenomeni che accadono nella congiuntiva immediatamente dopo la penetrazione dei germi specifici sotto l'epitelio, ed ha veduto che si determina attraverso le pareti dei vasi sanguigni vicini una trasmigrazione di leucociti i quali si accumulano in ammassi più o meno delimitati, mentre alcuni di loro per una speciale evolt-

(1) Ricerche sulla istologia e sulla patogenesi della congiuntivite tracomatosa e c. Pavia, 1887.



azione che il sublimato dispiaga contro la congiuntivite granulosa. Nella Clinica nostra e nell'Ambulatorio, permettendomelo cortesemente il Prof Paoli, continuai poi le esperienze per mio conto ed è scopo precipuo di questa mia comunicazione il farne conoscere i risultati.

Le soluzioni da me adoperate sono presso a poco quelle consigliate dal Guaita e cioè: per l'uso generale una soluzione all'1 : 400, che vien benissimo tollerata dalla congiuntiva sulla quale non produce che una passeggera irritazione assai meno intensa di quella cagionata dal solfato di rame o dal nitrato d'argento: in casi speciali poi una soluzione all'1 : 500 ed una all'1 : 300; della prima faccio uso quando esistono complicazioni molto acute dal lato della cornea, mi servo della seconda nei casi più gravi di tracomi congiuntivali molto sviluppati e duri.

Le dette soluzioni sono applicate una volta al giorno per mezzo di un pennello sulla congiuntiva, arrovesciando le palpebre. Ed oltre a questa medicatura giornaliera prescrivo ai pazienti dei lavacri tepidi da praticarsi durante tutta la giornata ogni due ore, per mezzo di un fiocchetto di cotone idrofilo imbevuto in una soluzione di sublimato all'1 : 5,000. Veramente la dose che prescrive il Prof. Guaita per questi lavacri è di 1 : 7,000 ma anche quella da me adoperata non produce molestia di sorta ed i miei pazienti non se ne sono mai lamentati.

Dalla metà di novembre 1886 ad oggi ho applicato questo metodo di cura in tutte le varie forme di congiuntivite granulosa che si sono presentate tanto in Clinica come nell'Ambulatorio. Gli infermi curati sono stati 231 dei quali 21, quasi tutti giovani o ragazzi, erano affetti da congiuntivite follicolare, e dei rimanenti, 107 avevano la vera congiuntivite tracomatosa, a diversi stadii ma senza complicanze, e 103 presentavano di più delle complicazioni corneali in forma acuta o cronica.

Comprendo fra le forme di oftalmia granulosa anche la congiuntivite follicolare poichè oggidì essa pure viene considerata come una malattia di origine parassitaria nella quale i micrococchi provocano una neoformazione di follicoli che però restano superficiali e non acquistano mai quel grado di sviluppo che possono raggiungere i veri tracomi; ne viene da ciò che tal malattia presenta un carattere assai meno maligno e può dileguarsi senza lasciare alterazioni sui tessuti attaccati.

Anche in questa forma di congiuntivite granulosa, che per quanto più mite, nondimeno si mostra spesso assai ribelle ad ogni specie di cura, il sublimato mi ha fornito ottimi risultati. Però, trattandosi generalmente in questa malattia di una infiltrazione linfoide moderata, la congiuntiva affetta risente l'azione irritante del medicamento più di quel che non faccia quando tale infiltrazione è più abbondante, come nel tracoma, ed è per ciò che nella congiuntivite follicolare adopero quasi esclusivamente la soluzione più debole, all'1 : 500, per la pennellatura giornaliera, e poi la solita soluzione all'1 : 5,000 pei lavacri.

È in tal modo che dei 21 ammalati che ho avuti in cura, 14 hanno potuto esser licenziati perfettamente guariti, mentre gli altri 7 hanno ot -

tempo necessario.

Nella congiuntivite tracomatosa semplice cioè senza complicazioni, ho potuto sempre adoperare per le pennellature la soluzione all'1 su 400 la quale mi ha dato i risultati più soddisfacenti. Il miglioramento si è manifestato sin dai primi giorni ed è continuato progressivo fino a raggiungere rapidamente la guarigione più notevole, la congiuntiva ha riacquisito sempre la sua normale consistenza, tutte le volte che non preesistevano, al cominciare della cura, cicatriziali. È per questo che da quando faccio uso del sublimato formarsi nei nostri granulosi un solo entropion, che anzi nei quali tale successione si mostrava vicina, sotto la cura si è arrestata ed il processo granuloso è guarito senza ulteriori complicazioni.

Sul finire della cura, quando per la diminuita infiltrazione di fluidi la congiuntiva si era resa più sensibile all'irritazione del sublimato, ho trovato opportuno di servirmi, come consiglia la soluzione all'1:500 e in seguito di diradare le pennellature tanto a giorni alterni.

Sui 107 infermi da me curati in tal maniera nella Clinica, di 54 ho potuto registrare la guarigione completa. A questi ho scritto nel licenziarli un collirio di sublimato all'1:1,000 da usare tre volte alla settimana per prevenire il pericolo anche lontanissimo. Gli altri perché non hanno avuto la possibilità o la cura in cura quanto occorreva, sono solamente migliorati, ma che quando non ho ottenuto la guarigione perfetta, ciò è a colpa del malato che non ha avuto la pazienza di aspettarla nonostante che il tempo necessario per condurre a fine la cura è veramente relativamente breve, poiché non ha sorpassato i tre mesi e nei più gravi ed inveterati ha superato di poco.

Come sia costante e sicura l'efficacia del sublimato ho potuto rimontare ogni volta che per una ragione qualsiasi è stato qualche tempo il corso della cura: la malattia è peggiorata, le granulazioni sono ripullulate con nuovo vigore e soltanto a nuove pennellature e dei lavacri il miglioramento è ricominciato. Me ne fornito questa riprova, dirò così, negativa ma non meno evitata positiva.

L'esperienza mi ha mostrato inoltre che si deve attribuire la massima importanza ai lavacri che si praticano ogni due ore con sublimato all'1:5,000; poiché essi mantenendo gli occhi costantemente ed in continuo contatto col medicamento, non solo coadiuvano la cura, ma sono capaci anche di per loro soli di frenare la malattia in un tempo più lungo di condurla a guarigione. E questo è più volte in molti infermi che non potendo frequentare la Clinica sono limitati a fare a casa i bagnuoli con la soluzione che io aveva loro prescritta. Al contrario quando i malati

per altra ragione hanno trascurato i lavacri, dalle pennellature sole non ho ricavato che lentissimamente effetti alcun poco soddisfacenti. Da questo si potrebbe anche concludere che l'azione del sublimato riesce più efficace per la *durata* dell'applicazione che per l'*intensità* della dose adoperata.

Un altro vantaggio importantissimo che si ricava dall'uso del sublimato specialmente in forma di lavacri, si è che i prodotti di secrezione della congiuntivite granulosa restano sterilizzati e perdono il potere contagioso. Questo fatto fu già osservato dal Prof. Guaita stesso, il quale riferisce che nel Manicomio di Siena, dove la malattia regnava endemica da molti anni e non aveva potuto essere estirpata con alcun mezzo, da quando per consiglio di lui vi fu adottata la cura col sublimato non si manifestò più alcun nuovo caso. Per parte mia ho potuto constatare questa virtù del sublimato nelle infermerie che ci sono assegnate, troppo ristrette per poter separare i granulosi dagli altri ammalati; quivi dacchè adoperiamo i lavacri spesso ripetuti con questo medicamento, si può dire scomparso ogni pericolo di diffusione della malattia, poichè non abbiamo più avuto a deplorare un solo caso di contagio, cosa che accadeva per lo avanti non di rado.

Gli effetti che ho ottenuti dalla cura col sublimato nei casi di complicazioni corneali della congiuntivite granulosa concordano perfettamente con i risultati delle osservazioni anatomo-patologiche più recenti, secondo le quali il panno si deve considerare come un vero *tracoma della cornea* (Raehlmann). Infatti qui pure si ha un'infiltrazione linfoide la quale talora resta diffusa (panno tenue), tal'altra si raccoglie in accumuli a guisa di veri follicoli che poi rompendosi danno luogo ad ulcerazioni o infiammandosi suppurano. E in queste forme della malattia ho ricavato sempre dal sublimato notevoli vantaggi. Specialmente quando tali complicazioni corneali erano acutamente infiammatorie, gli effetti di questa cura sono stati assolutamente sorprendenti: così dove esistevano ulcerazioni superficiali e steniche, le pennellature col sublimato all'1:500 sono bastate a vincere l'infiammazione, la fotofobia e persino l'entropio spasmodico, in pochissimi giorni; anzi in tali casi ho soppresso a bello studio l'istillazione del collirio di atropina e cocaina dopo la pennellatura e i risultati sono stati egualmente favorevoli: nelle ulcerazioni profonde e suppuranti l'applicazione del sublimato all'1:400 è stata seguita da un rapido riassorbimento del pus e le ulcere ripulitesi e tornate trasparenti, non hanno tardato a ripararsi; e questo anche senza il coadiuvante dell'eserina.

Risultati più tardi e meno completi ho ottenuto nelle forme più gravi di tracoma corneale, dove l'infiltrazione è densa e profonda, e i leucociti, aumentati eccessivamente di numero, hanno dato origine ad un vero tessuto connettivo, mentre i vasi sanguigni incrociandosi in tutti i sensi, hanno formato un fitto reticolo alla superficie della cornea (panno sarcomatoso). I tali casi per l'azione prolungata del sublimato può l'infiltrazione linfoide in gran parte riassorbirsi, ma, com'è naturale, nè il tessuto corneale sclerosasi modifica, nè scompaiono totalmente i vasi sanguigni in tanto numero sviluppati.

Degli infermi con affezioni granulose della cornea da me sottoposti all

granulazioni palpebrali e la guarigione o un miglioramento più o meno marcato del tracoma corneale secondo la sua intensità: gli altri al solito per difetto di costanza o di assiduità sono solamente migliorati dell'una e dell'altra affezione.

In complesso, quanto ho osservato nei molti infermi da me curati dimostra che l'azione del sublimato è pronta e sicura in tutte le forme e in tutti gli stadii della granulosa; che la sua efficacia si mantiene costante fino alla guarigione completa della malattia; e che, sebbene esso agisca esclusivamente sul processo granuloso, cioè sui germi infettivi che uccide e sull'infiltrazione linfoide che risolve, pure riesce utile anche contro le alterazioni secondarie — degenerazione grassa delle granulazioni, cicatrici congiuntivali, sclerosi corneali ecc., — poichè, togliendone la causa, impedisce il loro progresso. Concludendo mi sembra che abbia ragione il Prof. Gnaita di attribuire al sublimato corrosivo potenza di specifico contro l'oftalmia granulosa.

Il **Presidente** dichiara aperta la discussione sopra la comunicazione del Dott. Banti. Nessuno domandando la parola il Presidente rivolge al lettore la domanda, se, posto il fatto che la pericardite non ha sempre un'etiologia identica, anche il corso della malattia è diverso nelle varie forme.

Il Dott. Banti dice che la domanda sarebbe molto importante, ma che nello stato attuale della scienza non si può rispondere per lo scarso numero di osservazioni conosciute, non conoscendosi i varii quadri clinici corrispondenti alla diversa etologia.

Il **Presidente** domanda quindi se qualcuno ha da rivolgere interrogazioni al Dott. Silvestri al quale il Prof. Baiardi chiede se ha osservato che la guarigione dei tracomi ottenuta col sublimato corrosivo è permanente, a cui il lettore risponde in modo affermativo, avendo veduto la *restitutio ad integrum* mantenersi anche dopo molto tempo.

Il **Presidente** desidera sapere dal Dott. Silvestri in quanto tempo si guarisce la malattia, alla quale domanda il lettore risponde variare la durata della cura secondo il periodo nel quale si incomincia valutandolo circa a tre mesi quando non sono state praticate altre cure, e quando non sorgono complicanze corneali, che allungano la cura. Però la cheratite ulcerativa non controindica l'uso del sublimato, che può adoperarsi alla dose di 1 su 500 spiegando una favorevole azione anche sopra questa malattia.

Nessun altro domandando la parola sulle letture fatte, il Presidente dichiara chiusa l'adunanza invitando i Signori Accademici a rimanere in seduta privata.

V° Il **Presidente**  
Prof. LUIGI LUCIANI

Il **Segretario**  
Dott. V. GRAZZI

QUINTA ADUNANZA DEL 15 APRILE 1888.

*Presidenza del Prof. LUIGI LUCIANI, Presidente.*

Sono presenti gli Accademici: Luciani, Bianchi Aurelio, Bianchi Stanislao, Paoli, Targioni, Sacchi, Giuntoli, Block, Vecchiotti, Colzi, Ricchioni, Rebandi-Balestra, Tommasi, Turchini, Boncinelli, Faralli, Montalti, Baldi, Silvestri, Bajardi, Magrini, Banti, Del Greco, Crapola, Marcacci, Pellizzari Guido e Grazi.

La seduta è aperta alle 12  $\frac{3}{4}$ .

Letto ed approvato il processo verbale della precedente adunanza, il **Presidente** invita il dott. Stanislao Bianchi a parlare sopra i *preinterparietali del cranio umano*.

Il Dott. Stanislao Bianchi esordisce presentando 4 esemplari di preinterparietali umani raccolti esaminando 45 feti a diversi periodi di sviluppo (dai 2 mesi e mezzo ai 3).

Considerando l'epoca in cui appariscono queste ossa (4  $\frac{1}{2}$ ), la frequenza con la quale si presentano, il numero, la forma caratteristica nei vari periodi del loro sviluppo, le modificazioni che in seguito subiscono e il modo di disporsi della sostanza ossea, conclude:

1.° Che nel cranio umano i preinterparietali si sviluppano solo accidentalmente, e che perciò non si può accettare l'opinione del Sergi, che quando non esistono questo fatto debba considerarsi come un arresto di sviluppo.

2.° Riportandosi poi agli studi fatti dal Ficalti sulle ossa preinterparietali degli animali inferiori e notando la perfetta analogia con quelli da lui riscontrati, e da altri, nel cranio umano, conclude che i preinterparietali nell'uomo siano un fenomeno atavico, una nota regressiva.

Terminata la comunicazione del Dott. Bianchi, il Prof. Luciani invita il Prof. Paoli, come accademico più anziano in assenza dei Vice-Presidenti ad assumere la Direzione dell'Adunanza, mentre egli incomincia la sua lettura *sullo stato generale del Succo durante il digiuno* estendendosi molto a parlare dell'importanza del soggetto, dei risultati di varii esperimenti fatti so-

in  
an  
agio  
il

superato dal Succi, mentre si è sempre mantenuto in  
Riportiamo per intero tale comunicazione:

Signori,

Alla Commissione creata da questa Accademia per  
che sul Succi durante il suo digiuno di 80 giorni, ince-  
rale abbastanza grave.

Easa deve trarre partito da tutti i materiali racco-  
perimento, per metterne in scena tutto quanto vi  
diversi punti di vista della scienza e della pratica.  
vostri stessi seggi, revocò in dubbio l'utilità di detto  
nel pubblico, che ha avuto campo di accertarsi *de vis*  
circolano le più strane ed assurde opinioni sia sugli  
sia sull'interpretazione di alcuni dei risultati accertati  
mente sospinti a troncane ogni indugio nel comunicare  
colto dal nostro assiduo lavoro, per rimettere per co-  
l'opinione popolare, che tende sempre a scorgere il m-  
naturali di cui la scienza può rendersi conto pienamen-

Ciò faremo con successive relazioni staccate, ripar-  
del digiuno del Succi in vari argomenti, corrispondenti  
sta e a differenti obiettivi di ricerca. Intanto che si  
miei egregi collaboratori le analisi intorno ai prodotti  
delle quali è solo possibile lo studio interessantissimo  
del digiuno; credo utile in una prima comunicazione  
*generale* presentato dal Succi durante la sua famosa  
argomento ho in pronto tutti i dati necessari.

È noto ai non pochi medici, ai moltissimi studenti  
ilmente l'opera loro come sorveglianti, che durante i  
astinenza dai cibi, il Succi non ha mai accusato o da  
alcuna sofferenza; non si è mostrato mai eccessivamen-  
nuato; mai soverchiamente bisognoso di riposo o di s-  
a vegliare per insonnia. Egli si è sempre occupato con i



dei suoi privati interessi; si è tenuto abbastanza in moto compiendo, secondo le indicazioni del *podometro*, non meno di 3 a 4 mila passi al giorno in media. Al 12° giorno di digiuno poté fare una cavalcata alle *Cascine* della durata di una ora e 40 minuti. Nella stessa giornata (a scopo sperimentale) passeggiò molto per l'appartamento; fece una corsa di 8 minuti in confronto di tre giovani studenti in mia presenza; infine alla sera, *pour la bonne bouche*, un attacco di scherma. Prima che si coricasse guardando il quadrante del *podometro* constatò che durante detta giornata di eccezionale lavoro muscolare aveva compiuto non meno di 19,900 passi. Al 23° giorno di digiuno volle recarsi a passare la serata ai trattenimenti popolari che si davano al così detto *Celeste Impero*, sempre accompagnato da buona scorta di guardiani. Tutti in quella sera poterono vederlo continuamente in piedi esposto al pubblico durante i lunghi esercizi di scherma, a cui egli prese parte con due attacchi alla sciabola sostenuti con sufficiente fermezza, vigore ed eleganza. Quella sera il *podometro* segnava 7000 passi, compiuti in complesso nella giornata.

Questi ed altri fatti analoghi che sono già, per così dire, di ragion pubblica, valgono come buoni criteri per ritenere che il Succi ha potuto sopportare il lungo digiuno senza farsi del male, senza cadere in uno stato che possa dirsi di malattia. Sarebbe infatti assurdo il sospettare che egli, pur sentendosi ed essendo malato, avesse potuto simulare, con un supremo e continuo sforzo di volontà, lo stato ordinario di salute per 30 giorni di seguito.

Ma abbiamo raccolto altri dati obiettivi, di carattere più scientifico e di assai maggior valore, per convincerci che durante il digiuno, tutte le funzioni dalle quali si suol desumere lo stato generale e che offrono per così dire la misura della salute o della malattia, si sono mantenute nel Succi nei limiti strettamente fisiologici.

Esaminiamo ad uno ad uno questi dati, che ci offrono materia di utili considerazioni e confronti. Cominciamo dal considerare la temperatura, che essendo la risultante degli svariati processi chimici che han luogo nell'organismo, è giustamente considerata come il dato più importante per apprezzare lo stato generale di malattia. La temperatura nel Succi fu esplorata regolarmente due volte al giorno, la mattina e la sera, sempre all'ascella sinistra. Come scorgete a colpo d'occhio nel diagramma che io vi presento (1), essa ha subito durante i 30 giorni di digiuno leggiere oscillazioni che cadono strettamente nei limiti fisiologici. Infatti la temperatura media da me calcolata su 60 termometrie fu di 36,77° C. Le oscillazioni intorno a questa media una sola volta raggiunsero il massimo di 37,2°, e una volta 37,3°, (la sera del trattenimento al Celeste Impero); una sol volta toccano il minimo di 36,1°. Meno poche eccezioni, per solito si nota il fatto che la mattina la tempera-

(1) I diagrammi e le tavole dimostrative che illustrano i fenomeni osservati durante il digiuno del Succi, saranno a suo tempo pubblicati in un lavoro complessivo sull'argomento. Per l'intelligenza dei fatti esposti nella presente nota preventiva non sono strettamente necessari.



Dott. A. Bianchi. Le prime non condussero ad alcun utile risultato. Nel Succi (come del resto si verifica in molti, compreso me stesso) il 5° spazio intercostale sulla linea mammillare ove ha luogo il battito cardiaco, è così angusto per soverchio avvicinamento delle costole, che con l'applicazione del cardiografo non si ottiene, nelle migliori condizioni, che una semplice sinuosa, affatto priva di tutti quelli accidenti, di cui il Marey ha con tanto successo messa in vista l'importanza.

Dagli sfigmogrammi ottenuti dal Dott. Bianchi nei diversi periodi del digiuno, non si rileva (come potete accertarvene) che una diminuzione quasi regolarmente progressiva della elevazione sistolica, e la persistenza della elevazione catacrotica, che non è molto pronunziata. Ciò accenna a un abbassamento progressivo della pressione dell'arteria radiale, durante il digiuno, che noi abbiamo avuto modo di accertare con altro metodo.

Col nuovo modello dello *sfigmomanometro von Basch*, nel quale il manometro a mercurio è acconciamente sostituito da un manometrino aneroido assai sensibile, ho regolarmente esplorata la pressione arteriosa nella radiale destra mattina e sera in tutti i 30 giorni di digiuno. Il diagramma che vi presento offre a considerare due fatti: 1° un lento e graduale decrescere della pressione arteriosa dai primi agli ultimi giorni di digiuno, per cui da un massimo di 22 ctm. di una colonna di Hg. si abbassa al minimo di 12 ctm. Hg.; 2° delle oscillazioni giornaliere da mane a sera che spesso, ma non sempre, corrispondono ad omonime oscillazioni delle curve della temperatura, e delle pulsazioni cardiache.

È noto che la pressione arteriosa dipende da 2 fattori: dalla quantità del lavoro impiegato dal cuore e dalla somma delle resistenze opposte dai vasi al corso del sangue. Per spiegare la diminuzione graduale della pressione della radiale durante il digiuno, bisogna ammettere un progressivo decrescere del lavoro del cuore dal primo all'ultimo giorno di digiuno. Che questo fatto abbia dovuto aver luogo è una necessità fisiologica. Il muscolo cardiaco, per effetto dell'inanizione, deve diminuire di peso non meno, anzi più, che qualsiasi altro muscolo, perchè lavora continuamente in forma ritmica. Infatti secondo le ricerche dello Chossat nei colombi, mentre i muscoli volontari nella morte per inanizione diminuiscono del 42 per 100 del loro peso, il cuore diminuisce del 45 per 100. Una diminuzione della massa del cuore, deve tradursi in un assottigliamento relativo delle sue parti, e in una diminuzione relativa della capacità dei ventricoli, in una parola, in un impiccolimento del cuore *in toto*, a cui deve corrispondere una proporzionale diminuzione del suo valore funzionale sia sistolico che diastolico. L'egregio Dott. A. Bianchi che si è con somma diligenza occupato a determinare la topografia e l'estensione delle aree viscerali del Succi, vi dirà che ha potuto apprezzare e misurare una diminuzione notevole dell'aia cardiaca negli ultimi giorni rispetto ai primi giorni di digiuno.

Mentre il consumo e impiccolimento progressivo del muscolo cardiaco ci rende conto perfettamente del graduale decrescere della pressione media arteriosa dal primo all'ultimo giorno di digiuno, le variazioni del tono vasale e conseguentemente delle resistenze periferiche al corso del sangue, ci spie-



gia sarebbe andata crescendo dal 1° al 14° giorno e diminuendo dal 14° al 30°, in cui si riduce al minimo di 23 kilog. mentre fu di 28 kilog. al 1° giorno.

È inutile dire che per dare il giusto valore a questi risultati fa d'uopo sottoporli a rigorosa critica scientifica. Trattasi infatti di fenomeni non puramente obiettivi, ma sui quali può esercitare una grande influenza la volontà del soggetto. Con ciò non intendo insinuare il sospetto che il Succi abbia voluto simulare nel primo periodo del digiuno una energia muscolare minore del vero, allo scopo di farla apparire accresciuta nel periodo successivo. Ma è un fatto che egli prima di cominciare il digiuno aveva saldamente infisso nel capo questo chiodo: che le sue forze si accrescessero durante la inanizione. In cotesto, che appellava « *la sua scoperta* » egli insisteva continuamente, come possono attestare le molte persone che hanno conversato con lui durante il suo digiuno. Ora si comprende benissimo come un individuo che abbia questa strana persuasione, e che per giunta sia direttore di un giornaleto *spiritico*, possa influire sul risultato dinamometrico inconsciamente, ossia non per forza di volontà nettamente palese come tale, ma per *forza spiritica*, che è quanto dire per *autosuggestione*.

Muovendo da questo concetto assumiamo rapidamente la critica dei dati raccolti.

Nessun dubbio che nell' ultimo giorno di digiuno egli abbia usata tutta l'energia disponibile. La pressione che egli dispiegò al dinamometro fu la massima possibile, che egli era al caso d'impiegare in quel giorno. Ebbene, o Signori, come già vi ho annunziato, e come potete vedere nel diagramma, essa fu la minima in tutto il decorso dell' inanizione, con la mano destra e più ancora con la sinistra. Sulla base di questo fatto bene accertato, si può dunque senz'altro concludere che per effetto dell' inanizione le forze muscolari del Succi diminuirono, come deve necessariamente avvenire pel consumo e diminuzione progressiva delle masse muscolari.

Dobbiamo accettare come massima anche la forza dispiegata dal Succi al 20° giorno di digiuno con la mano destra e quella dispiegata al 14° giorno con la sinistra, per la semplice ragione che sono le massime di tutta la serie! Il Benedikt di Vienna, che visitò il Succi, agli ultimi giorni del suo digiuno, mi espresse l'ipotesi che coteste massime potessero interpretarsi non come effetti di semplici impulsi volontari, ma come dipendenti da *crampi riflessi spinali* associatisi agli impulsi provenienti dal cervello. Io non voglio contestare quanto vi ha d'ingegnoso in questa interpretazione; ma a nulla varrebbe accettarla, perché evidentemente non basta a spiegare tutto il decorso dei diagrammi dinamometrici. Infatti, facendo astrazione dalle oscillazioni secondarie da un giorno all'altro, si vede dall'andamento generale delle due curve, che la pressione impiegata al dinamometro sia con la mano destra che con la sinistra è andata crescendo in una prima fase e diminuendo in una fase successiva. Evidentemente è la *forza spiritica*, è l'*autosuggestione* che solo può renderci conto di questo risultato paradossale, che cozza coi più fondamentali principi della fisiologia!

Conseguentemente io sono indotto a pensare che se il Succi al 20° giorn

destra di vincere la resistenza di 52 kilog., prima compiere un lavoro notevolmente maggiore; e la mano sinistra raggiunse i 35 kilog., prima del raggiungere una forza alquanto maggiore.

dati fornitimi dal Succi se nei suoi precedenti (nei quali pure fu esaminata col dinamometro palmare la forza muscolare) si fossero ottenuti risultati diversi da quelli di Firenze, che io potessi utilizzare come argomenti a sostegno della mia interpretazione. Ecco che cosa ho trovato: a Milano si osservò, come media dei 30 giorni di digiuno, la forza di 58 kilog. Non è detto se colla mano destra o sinistra, ma s'intende facilmente si tratti della destra. Non è notificato a quale cifra ascese la forza massima, e in qual giorno di digiuno si osservò, ma ciò è meno necessario a conoscere. (1) A Milano adunque si constatò una forza media della mano destra maggiore di 6 kilog. della forza massima constatata da noi, e di 11 kilog. della forza media, che a Firenze fu di soli kilog. 47. Questo confronto vi dimostra chiaramente come il Succi sia capace di dispiegare al dinamometro una forza maggiore di quella di cui fece mostra a Firenze. Ci dimostra inoltre che la *forza spiritica* operava in lui molto meno intensamente a Milano che a Firenze!

Dai documenti del digiuno di Parigi ho attinto altre interessanti notizie: la forza media fu di 45 kilog., vale a dire di due kilog. meno che a Firenze; ma la forza massima fu di 52 kilog. precisamente come a Firenze: ma non si ottenne al 20° giorno, bensì al 29°, ossia alla vigilia del compimento del suo digiuno! Il che dimostra che gli *spiriti* operavano a Parigi molto più liberamente che a Firenze, dove ci era un esorcista tutto intento a spiarli e dar loro la fuga!

Oltre la dinamometria io mi sono occupato a ricercare nel Succi le variazioni della scala della *fatica muscolare* durante il digiuno, facendogli compiere, sempre con la mano sinistra, successive pressioni sul dinamometro palmare, ogni 2 secondi d'intervallo battuti da un metronomo, finchè l'eccessiva stanchezza l'obbligassero ad interrompere la manovra. Per scrivere l'altezza di ciascuna pressione sul cilindro rotante, mi valse di un apparecchio a trasmissione aerea, che il Morselli ha fatto aggiungere all'ordinario dinamometro trasformandolo così in *dinamografo*.

Ma è troppo evidente che per raggiungere con cotesto metodo dei risultati concludenti, o in altre parole, per ottenere *scale di fatica* tra loro comparabili, è indispensabile che il soggetto in esperimento impieghi in ciascuna pressione *tutta la forza di cui dispone*. Non potendosi ciò ottenere nel Succi

(1) Recentemente avendomi il Succi reso ostensibile il registro delle osservazioni fatte a Milano, ho rilevato che la forza massima nella mano destra ascese a 70 kilog. (1) e si ottenne la sera della quattordicesima giornata, dopo avere la mattina nuotato per tre quarti d'ora in una vasca aperta e poi percorso a piedi due chilometri e mezzo in un quarto d'ora! — Il Succi non immagina che questi dati, anche accettati come esatti, non contraddicono, anzi rafforzano la mia argomentazione.

per le ragioni anzidette, voi comprendete come debbano essere riuscite in questo terreno pressochè infruttuose le mie indagini.

Tuttavia non ho mancato di fare qualche osservazione piccante. Così nei primi giorni di digiuno ottenni curve abbastanza regolari, nelle quali la scala della fatica è chiaramente tracciata, sebbene il numero delle pressioni da cui risulta ciascuna, non sia in corrispondenza con la forza iniziale data dal dinamometro. Siccome mi accorsi che il Succi durante l'esperimento teneva continuamente rivolti gli occhi alla leva scrivente; nei giorni susseguenti lo collocai in tale posizione che egli non potesse scorgere il tracciato che andava formando, e quindi fosse nell'impossibilità di regolare le successive pressioni secondo gli effetti. D'allora in poi non ottenni più netta la scala della fatica, e più di una volta ebbi a rilevare che le elevazioni della leva verso il mezzo del tracciato erano maggiori che nel principio. Infine finii per risparmiarmi un lavoro che era doventato per me un semplice perditempo.

Alla vigilia della fine del digiuno volli tuttavia ritentare la prova per l'ultima volta, non senza prima aver fatte al Succi tutte le raccomandazioni consigliate dal caso. È evidente che questo era il momento opportuno per ottenere un risultato attendibile. Alla vigilia della sua pasqua infatti, non esisteva alcun motivo — cosciente o incosciente — per cui egli non dovesse metter fuori tutta la forza che aveva in corpo. Ottenni il tracciato che vi presento, sopra il quale io scrissi in quel medesimo giorno il tracciato che potei ottenere da me stesso impiegando medesimamente il dinamografo con la mano sinistra.

Premesso che io in quel giorno era capace di premere con la sinistra 32 kilogrammi, mentre il Succi non raggiunse che il massimo di 23 kilog, il confronto dei due tracciati dimostra che nel Succi si ottenne la stanchezza dopo 112 pressioni, in me dopo 114. La prima pressione nel Succi si elevò di 7 millimetri sopra l'ascissa, e l'ultima di soli 4 millimetri; in me invece la prima si elevò 15 millim., raggiunse dopo sole 10 pressioni l'altezza massima del Succi, e si ridusse quasi a zero all'ultima pressione.

Questo risultato mi sembra importante per dimostrare, che sebbene il Succi al suo 29° giorno di digiuno disponesse nella mano sinistra di una energia iniziale notevolmente minore della mia; tuttavia offriva in proporzione una resistenza alla stanchezza, indubbiamente maggiore della mia. Il che ci permette di concludere che sebbene al penultimo giorno di digiuno la forza muscolare in genere fosse nel Succi scemata in proporzione del consumo patito dai suoi muscoli, gliene restava però in tal misura da non potersi considerare da questo punto di vista in condizioni morbose.

Degli esami elettrici compiuti sui muscoli del Succi, vi riferirà il nostro Socio Dott. Turchini a cui affidai siffatte ricerche.

Per quanto riguarda le funzioni dei sensi, in ordine al digiuno, dirò i breve che furono accuratamente esaminati, il tatto, la vista, e l'udito prim del digiuno, alla metà, e verso la fine. Codeste indagini però non ci hanno condotto ad alcun risultato positivo ben netto, che ci autorizzi ad ammettere che abbiano per l'astinenza dai cibi subito una qualsiasi modificazione indebolimento.

raccolti sul senso tattile nei tre  
passo del Weber. Risultano al-  
e discriminativa in certi punti  
ultati diametralmente opposti ot-

tenuti in altri punti cutanei. Queste differenze, per solito abbastanza leggere, debbono certamente interpretarsi come dipendenti dal diverso grado di attenzione prestata dal soggetto ai diversi contatti.

Analoghi risultati ottenni cogli esami dell'udito. Rinvenni questo senso eccezionalmente acuto nel Succi. L'orecchio destro però è meno acuto del sinistro, col quale è capace di percepire il *tic tac* del mio orologio da tasca a oltre 1 metro e mezzo di distanza. Quando le vibrazioni di un diapason applicato alla fronte riuscivano impercettibili per trasmissione ossea, continuavano ad esser percepite per oltre un minuto primo per trasmissione aerea, avvicinando il diapason al condotto uditivo esterno.

Il nostro Socio Dott. Silvestri vi riferirà sugli esami del senso visivo da lui compiuti con grande precisione, e che diedero risultati perfettamente concordanti con quelli ottenuti negli altri sensi.

A complemento di questa esposizione delle grandi funzioni del Succi durante il digiuno, non resta che accennare a quanto riguarda quella dei centri nervosi, comprese le funzioni psichiche.

Nessun fenomeno è stato mai da noi riscontrato nel Succi prima e durante il digiuno, che accennasse a una condizione di nevrosi in genere o a una forma qualunque di alterazione delle grandi funzioni nervose. Tuttavia un esame anche superficiale del suo volto, era sufficiente per avvertire una asimmetria funzionale dei muscoli innervati dal facciale dei due lati. Per riassumere con un solo vocabolo il fatto, esiste nel Succi una *paresi* del facciale di sinistra, che è maggiormente spiccato nel ramo orbicolare delle palpebre, per cui si ha, come udrete dal Silvestri un grado notevole di lagofalmo, che associato alla miopia e quindi sporgenza maggiore del bulbo oculare sinistro, che manca nel destro, riesce tanto più visibile.

Il Succi assicura che la paresi facciale si produsse in lui in seguito a una caduta che fece in Africa, per cui riportò una ferita lacero-contusa alla regione temporale sinistra (della quale rimangono delle cicatrici irregolari) che gli produsse una notevole infiammazione con turgore ed edema della metà sinistra della faccia e specialmente delle palpebre di questo lato.

Sebbene il Benedikt si mostrasse propenso a ritenere congenita la detta paresi, tanto più che si associa a un certo grado di *plagio-cefalia* emilaterale (come sentirete dal Filippi e dal Bianchi che si occuparono dell'esame antropometrico); io confesso di non avere sufficienti motivi per non accettare come attendibile l'origine traumatica.

Ma ciò che più interessa di notare è che durante il digiuno la paresi facciale di sinistra non subì alcuna modificazione d'intensità, e rimase sensibilmente tale quale era prima del digiuno.

Dell'esame psichico del Succi si è occupato (e speriamo vorrà riferirne largamente) il nostro ottimo Collega Prof. Filippi. Ma per il lungo contatto



avuto col Succi sia alcuni giorni prima che durante tutto il mese del digiuno, mi si permetta di esprimere il concetto generale che mi son formato delle note più caratteristiche del suo organismo psichico.

È a tutti noto che egli tornato in Italia nel 1886, e trovandosi a Roma, fece annunziare su pei giornali che durante il suo soggiorno in Africa gli era riescito di scoprire un processo, mediante il quale, poteva resistere senza nocimento della sua salute a digiuni prolungatissimi. Per questo e non so per quali altre pretese giudicate chimeriche, egli fu preso per matto e rinchiuso nel manicomio della Lungara, donde non fu rilasciato che dopo sei mesi di osservazione. Sei lunghi mesi d'osservazione per far la diagnosi di pazzia ci sembrano un po' troppi! Ciò dimostra che quel Direttore di manicomio (che fra parentesi è un bellissimo uomo) voleva proprio vedere il pelo nell'uovo. Da persona attendibilissima mi risulta che sebbene lo abbia messo in libertà perchè non pericoloso, egli ritiene sempre pazzo il Succi, e dice che questa è la diagnosi più sicura che egli abbia fatta in sua vita!

Ebbene, o Signori, senza mancar di rispetto per quel Direttore di matti, io semplice fisiologo, reco del Succi un concetto ben diverso. Non lo ritengo nè *matto* nè *mattoide* nel senso di *paranoico*. È certamente un cervello squilibrato, come anche ne dà indizio il minor grado di sviluppo del cervello sinistro, la forte differenza di struttura congenita dei due occhi, come pure la soverchia differenza di forza della mano destra rispetto alla sinistra. È un tipo psichico eccentrico, perchè per far fortuna segue vie nuove, non tentate da altri. Ad un ingegno e cultura che non supera certo il grado medio, associa però molta forza di volontà, molta intraprendenza, molta tenacità di idee e di propositi, da toccare talora il grado di testardaggine. Del resto buon figliuolo, raramente eccessivo, remissivo sempre quando sia preso pel suo verso, facilmente suggestionabile, come potete già supporre dall'essere spiritista. Sebbene non senta l'interesse scientifico, e tutte le sue mire non si elevino mai oltre allo scopo di far fortuna; tuttavia si è prestato docilmente a tutte le indagini (alcune abbastanza seccanti) che ho voluto fare su di lui. Pel suo carattere buono, temperato, aperto, assai meno ciarlatanesco di quello che generalmente si creda, egli si è conquistata la simpatia di tutte le molte persone che l'hanno tenuto d'occhio durante il suo digiuno. Infine benchè eccentrico e un po' bizzarro, io non lo credo paranoico. Dirò di più: io l'ho in maggior pregio di tante mediocrità frolle ed apatiche, che seguono le vie battute dagli altri, che sono tanto bene equilibrate nelle loro facoltà, che non c'è caso che mettano mai in fallo il piede e tornino a casa con la testa rotta; ma se voi li premete con un torchio, non c'è pericolo che riesciate a trarne fuori una idea che esca un po' dalle comuni. Su cotesti cervelli mediocri bene equilibrati si fonda lo spirito conservatore che rende stagnante noiosa la vita dei popoli; sui cervelli un po' eccentrici vale a dire origina ma nei limiti fisiologici, si basa in gran parte il progresso o almeno quell'mania incessante di cercare il nuovo e di satollarsi del vecchio, che a poco a poco riesce a cangiare la faccia al mondo, e in ogni modo a render p varia e gaia la vita.



a mal partito, e che molti temevano avesse a perdere la scommessa; ma chi di voi mi sa dire per quanti giorni rimase in condizioni fisiologiche? Dicasi lo stesso del Merlatti, che infine si ridusse a letto e, per tenersi caldo, fu costretto a involgersi di bambagia.

Il digiuno del Succi non differisce dagli altri se non per questo: che egli cioè si trova e in parte si pone in tali condizioni, da resistere all'astinenza dai cibi per 30 giorni, rimanendo per tutto questo tempo in istato perfettamente fisiologico, ciò che non sembra essere riescito finora ad alcun digiunatore per un tempo altrettanto lungo. Egli dunque ci ha dimostrato (e bisogna fargliene un merito) che un uomo adulto e sano può fare a meno di cibi per 30 giorni senza nocimento di salute, purchè.... purchè possenga certi caratteri individuali e si ponga in certe determinate condizioni, ossia adoperi certe cautele.

Per decidere la questione se qualunque di noi possa fare altrettanto, cerchiamo di rintracciare quali sieno coteste note individuali e coteste condizioni e cautele. Credo di poterne segnalare *cinque* ben dimostrabili.

Colloco in prima linea le note individuali del Succi, le quali consistono in questo: 1° nell'essere un uomo sui 38 anni: in un periodo quindi in cui la fase di accrescimento anatomico ed evoluzione funzionale di tutti i suoi organi già da qualche tempo ha raggiunto il massimo limite, in cui parlando col gergo scientifico, il periodo *anaplastico* è cessato ed è cominciato in lui il periodo *cataplastico*; 2° dall'avere per disposizioni congenite, forse ereditarie, uno scambio materiale poco attivo, ossia torpido e lento, e quindi un consumo giornaliero relativamente tenue, rispetto ad altri individui della sua età. Il Succi non è uno di quelli che abbia bisogno di molto cibo per mantenere in equilibrio il suo bilancio degli esiti e degli introiti. Ha eccellenti attitudini a digerire, ma quando mangia più di quello che gli è strettamente necessario, non consuma tutto quel che mangia, ma lo immagazzina in forma di grasso, di glicogeno e di albuminoidi circolanti e in parte infiltranti i suoi tessuti. Vi sono individui (qui consideriamo solo gli estremi) che mangiano moltissimo e rimangono sempre secchi ed asciutti, quasi direi, impresciattiti; altri che mangiando più del bisogno soffrono di dispepsie e di catarri o altri disturbi gastro-intestinali e non riescono per questo ad ingrassare nè ad assumere un aspetto florido a cui continuamente aspirano; altri infine che non hanno bisogno di molto cibo per star bene, ma col *consumo di lusso* ossia quando mangiano più del necessario, digeriscono benone e quindi ingrossano e ingrassano come beccafichi. Il Succi appartiene a quest'ultima categoria: egli non ha bisogno di mangiar molto perchè consuma poco; ma quando mangia più del necessario, digerisce bene e, non potendo smaltire il soverchio che introita, se ne fa una buona provvista che gli serva nei tempi di carestia, vale a dire, nei periodi dei suoi digiuni.

Che il Succi sia un individuo a scambio materiale lento, posso fin d'ora dimostrarlo col fatto che le sue urine giornaliere prima del digiuno avevano una densità minore della media normale e non contenevano in media più di 28 grm. di sostanze solide tra le quali grm. 16,23 di azoto.



di kilog. 2,395; invece nei 5 giorni successivi, dal 14° al 19°, durante i quali bevve in complesso 400 c. c. di acqua di Vichy a 210 c. c. di acqua salsa di Riolo, diminuì di solo kilog. 1,600. Credo inutile insistere sull'importanza di questo fatto, sul quale richiamo vivamente l'attenzione dei medici idrologi.

Neanche di questo effetto delle acque minerali il Succi ha avuto chiara conoscenza. Egli ne usava perchè sentiva che gli facevan bene, rendendo meno acide le urine, che senza l'uso di dette acque assumono progressivamente tal grado di acidità, da produrre un senso di bruciore all'uretra nell'atto dell'emissione, fenomeno che fu notato anche nel Cetti negli ultimi giorni del suo più breve digiuno.

Finalmente ci resta a considerare l'influenza che può avere esercitato il *famoso liquore*, di cui il Succi fece uso alla vigilia e durante il primo giorno del suo digiuno. Sul *liquore* del Succi hanno avuto campo di sfogarsi in tutti i modi le fantasie popolari. Se un digiuno di 30 giorni è pel popolo un fatto sorprendente, da fare inarcare le ciglia, è troppo naturale che il *liquore* del Succi dovesse avere un potere meraviglioso, e che in cotesto prezioso liquore stesse tutto il segreto della sua inaudita tolleranza, e del suo continuare a vivere senza mangiare. Mi si lasci dire che cotesto ragionamento mi sembra perfettamente logico, posta la premessa; mentre non mi sembra altrettanto logico quello del nostro bravo Collega che per spiegare il digiuno del Succi andò a immaginare un alcaloide di effetti immaginari. Il Succi ha fatto uso del suo *liquore*; di questo egli fa un segreto e dice che è una sua scoperta. Se invece avesse voluto adoperare un'alcaloide, egli avrebbe detto che è mediante una *polvere* misteriosa da lui scoperta in Africa che può sostenere il suo digiuno. Noi non gli avremmo impedito di prenderla, come non ponemmo alcun ostacolo all'uso del suo liquore.

Ma che cos'è infine cotesto suo *liquore*? Esso non è più per me un mistero. Sono riuscito a saperne e in parte a indovinarne tanto che basta per risparmiarmi la pena di volerne sapere anche di più. *Recipe* del Fernet (non so se il Fernet Branca o quello che fabbricano a Firenze i liquoristi). Aggiungi tutto ciò che secondo la *Farmacopea Orosi* trovi scritto che occorre per formare il *laudano del Rousseau*. Aggiungivi anche un pocolino di *essenza di menta peperita*: non ci farà male. Un pocolino di estratto di *cannabis indica*, del così detto *haschisch*, darà al liquore una maggior virtù. Poi *recipe* del *cloridrato di morfina*, e sebbene sia un preparato chimico, aggiungilo al liquore. In tal modo otterrai una miscela che non sarà nè una preparazione *chimica*, nè una preparazione *galenica*: non importa... sarà una preparazione *chimico-galenica*. Infine aggiungivi dello *sciroppo*, dell'estratto di *liquirizia* e un po' di *cloroformio*; e se s'intorbidi soverchiamente, filtralo: la virtù del liquore sarà di tanto maggiore!

Eccovi, o Signori, presso a poco il famoso liquore del Succi. Il quale evidentemente un eccellente *narcotico*, che preso a piccoli sorsi o a gocce ne riesce venefico e può essere tollerato a una dose complessiva di 12 c.c. i due giorni. Tale infatti fu la dose consumata complessivamente dal Succi nell'iniziare il suo digiuno.



buirgli? — A chi poi volesse sostenere che nei primi due giorni il Succi si mostrò profondamente narcotizzato, direi che non ha bene esaminato i fatti e si è lasciato trasportare da un preconetto. I segni di una narcosi profonda dovrebbero manifestarsi nelle curve della temperatura, delle respirazioni, delle pulsazioni, della pressione arteriosa, le quali — come abbiamo veduto — seguono un decorso regolarissimo durante tutti i 30 giorni di digiuno. Il Dottor Bianchi poi che al primo giorno del digiuno sottopose il Succi ad un esame di oltre due ore per determinare esattamente le aree viscerali, farne il disegno sulla pelle, e prenderne la fotografia, può attestare di non essersi minimamente accorto della pretesa narcosi profonda del Succi.

Il digiuno del Succi è dunque un esperimento nettamente *fisiologico* e non mica un esperimento *fisio-tossico*, come con un neologismo non destinato a far fortuna, lo appella il nostro amico Collega altre volte lodato.

Dopo quanto abbiamo esposto è facile rispondere al quesito popolare che mi son sentito rivolgere migliaia di volte durante il mese di ricerche sul Succi. — Potrebbe qualsiasi altro individuo nelle condizioni intrinseche ed estrinseche in cui si pone il Succi, sostenere senza danno un digiuno della stessa durata? Sicuro; che meraviglia?! Cotesta è una conseguenza logica di quanto abbiamo esposto in questa comunicazione. Forse tra i presenti vi è qualcuno — che senza saperlo — ha già sperimentato in sè stesso un digiuno, certo non così rigoroso, ma in compenso di durata anche maggiore, e sebbene la sua vita abbia corso serio pericolo, tuttavia ha potuto scamparne!

Quella malattia febbrile infettiva, ben nota sotto il nome di *tifo*, che regolarmente ha la durata di 40 giorni, durante i quali le secrezioni digestive sono sospese, il senso di appetito o di fame completamente soppresso, e l'alimentazione ordinaria giornaliera sostituita da poche cucchiainate di brodo cacciate in bocca quasi per forza; è la più bella dimostrazione che chiunque di noi può sostenere per lunghi giorni lo stato di inanizione nelle condizioni le più sfavorevoli che possano immaginarsi, vale a dire durante un consumo abnormemente accresciuto dal processo febbrile, e appena compensato in minima parte da quel po' di peptone, di gelatina, di albumina disciolta, d'inosite e zucchero contenuto nel brodo di carne, che è perciò un eccitante più che un alimento efficace e sufficiente. Che le condizioni generali di un tifoso sieno ben diverse da quelle del Succi durante l'inanizione s'intende troppo bene, perchè nel tifoso ci è il consumo della febbre a cui si aggiunge il consumo proprio dell'inanizione. Ma se voi separate col pensiero il processo febbrile che accompagna l'inanizione, voi trasformate *ipso facto* il tifoso in un digiunatore ilare e disinvolto come il nostro Succi.

I Dottori **Silvestri** e **Turchini** riferiscono quindi sugli esami da loro fatti nel Succi, durante il suo digiuno, il primo sugli organi visivi e il secondo sopra i risultati delle correnti elettriche continue ed interrotte.

Aperta la discussione sulle comunicazioni fatte dal Dott. Bianchi e dal Prof. Luciani, nessuno domanda la parola sulla prima, mentre sulla seconda chiede di parlare il Dott. **Crapols** proponendo un voto di ringraziamen-

nel condurre a buon termine i risultati degli esperimenti fatti durante il digiuno del Succi.

Il Dott. Tommasi associasi volentieri alla proposta del Dott. Crapols, ma desidererebbe che questo voto di ringraziamento fosse esteso pure a tutti i membri del Comitato di Sorveglianza medici e non medici, e dietro formale proposta del Prof. Paoli, che presiedeva l'Adunanza, viene votato per acclamazione un ordine del giorno di lode e di ringraziamento a tutto il Comitato di sorveglianza del digiuno del Succi, così concepito:

*Ordine del giorno.*

« Questa Accademia nella sua adunanza del giorno 15 aprile 1888, de-  
« liberava di rendere pubbliche grazie al Prof. Luigi Luciani, presidente della  
« Commissione scientifica per lo studio sul digiuno di Giovanni Succi, ed al  
« Prof. Angiolo Filippi, presidente della Commissione di sorveglianza per lo  
« studio suddetto, nonchè ai componenti tutti delle Commissioni stesse ed ai  
« medici, studenti ed altri, che contribuirono, con le osservazioni scienti-  
« fiche o con la costante ed assidua opera loro, a far sì che l'esperimento riu-  
« scisse severamente scientifico e di pratica utilità. »

Per il Presidente: *Il Socio effettivo ansiano*  
Prof. CESARE PAOLI.

Dopo di che la seduta pubblica è sciolta.

*V.º Il Presidente.*  
L. LUCIANI.

*Il Segretario*  
Dott. V. GRAZZI.



SESTA ADUNANZA DEL 29 APRILE 1888.

*Presidenza del Prof. LUIGI LUCIANI, Presidente*

Sono presenti i Signori Accademici: Luciani, Bianchi Aurelio, Pellizzari Guido, Colzi, Del Greco, Faralli, Boncinelli, Vecchiotti, Gelli, Ricciardi, Paoli, Fatichi, Baiardi, Messeri, Banti, Crapols, Tommasi, Bianchi Stanislao, Sacchi e Grazzi.

L'adunanza è aperta alle ore 1 pom.

Dopo la lettura del processo verbale della precedente adunanza, che viene approvato senza osservazioni, il Segretario Dott. A. Bianchi legge le lettere del Prof. Mattei, e del Dott. Kurz che ringraziano di essere stati nominati accademici.

Il Prof. Luciani partecipa all'Accademia il risultato dell'ultimo concorso al *premio Galligo* nel quale, secondo il parere della Commissione nominata per giudicare il merito dei lavori presentati, nessuno dei concorrenti fu creduto potesse ottenere il premio stabilito. Vengono quindi bruciate, senza aprirle, le buste contenenti i nomi di coloro che avevano preso parte al concorso.

Il **Presidente** invita il Prof. Del Greco a fare la sua comunicazione *sulla cura radicale dell'ernia col metodo del Prof. Bassini*. Incomincia dicendo di avere veduto operare a Padova il Bassini medesimo, ed avendo giudicato questo metodo curativo superiore ai tanti fin'ora conosciuti, lo messe in opera in un giovane che presenta all'Accademia.

Il Prof. **Del Greco** descrive minutamente il modo di operare secondo i precetti del Bassini, e mostra nel suo ammalato l'ottimo risultato ottenuto.

Terminata la comunicazione del Prof. del Greco, prende la parola il Dott. **Grazzi** il quale presenta all'Accademia tre ammalati, due uomini ed una donna, in cui ha asportato, per la via naturale, dei neoplasmi che si erano sviluppati al disotto della corda vocale sinistra in uno degli ammalati e nella trachea negli altri due. Dopo avere ricordato la storia recente ed alcune generalità sullo sviluppo e sulla estirpazione di questi neoplasmi, dice in poche parole quanto riguarda la storia clinica di ciascuno dei tre ammalati - termina mostrando gli istrumenti adoperati nell'eseguire quelle delicate operazioni e raccomandando ai colleghi di esercitarsi nell'uso del laringoscopio sulla cui guida possono ottenersi questi splendidi risultati.



furono sì benevoli di consiglio e di aiuto ed ai colleghi tutti che seppero sì bene mantenere la sorveglianza sul sig. Succi in modo da rendere serii ed attendibili le osservazioni attuali. Ad essi spetta quel po' di bene che può trovarsi, forse da taluno, nella comunicazione d'oggi.

Distinguerò le osservazioni da me compiute in tre ben distinte parti:

Nella 1<sup>a</sup> parte credo bene di riporre quelle generali sull'organismo esterno del sig. Succi e sulle modificazioni in esso osservate durante il digiuno.

Nella 2<sup>a</sup> mi sembra meglio di raggruppare le osservazioni più minute intorno alle variazioni degli esami viscerali ed al valore pratico che possono avere.

Nella 3<sup>a</sup> infine di collocare le conclusioni che possono trarsi dalle precedenti osservazioni.

### **I. Osservazioni sull'abito esterno:**

Tralascierò di descrivere le modalità di fisionomia e d'intelligenza del signor Succi, perchè di queste ha già parlato largamente il Prof. Luciani e forse parlerà non meno ampiamente il Prof. Filippi. Invece a mano a mano che svolgerò la descrizione delle varie parti del corpo del sig. Succi vi unirò le modificazioni che ho vedute negli esami ulteriori.

La statura del sig. Succi era prima del digiuno M. 1,642, dopo M. 1,649; la differenza di 7 mm. dee imputarsi a quelle modificazioni di estensione del collo e del tronco che ben facilmente si trovano in coteste misurazioni e quindi credo di poter affermare non aver questo esame dato nessun risultato positivo.

La cute del Succi al primo giorno era giallo rosea alla faccia e alle mani, bianco rosea, liscia, ben lucida con poco sviluppo del sistema pilifero, il quale si riscontrava solo alle ascelle, ai pudendi e raro agli arti inferiori, e che era affatto mancante alle braccia, al petto e al dorso. La cute acquistò a mano a mano, che il digiuno progrediva, un colorito men roseo e più giallognolo, si fece meno lucida e cominciarono a manifestarsi più facilmente le rughe. Essa al primo giorno si sollevava a grandi pieghe, ben consistenti, all'ultimo le pieghe cutanee erano sottili e di poco valore.

Tal fatto è confermato dalla osservazione compiuta dal Prof. Luciani col compasso di grossezza, con il quale potè stabilire che una piega cutanea della regione ombelicale misurava 38 mm. il primo giorno e 24 mm. l'ultimo, mentre un'altra della stessa regione, ma laterale destra, ne misurava il primo giorno 20 e l'ultimo solo 5 e mezzo: dando così una differenza di spessore di ben 14 mm.

Questa osservazione ha una importanza grandissima sia per le nostre misurazioni, sia per ciò che concerne la legge di distribuzione del pannicolo adiposo cutaneo sul corpo umano. Nella tavola I e II delle misure comparate della circonferenza della testa, del tronco e degli arti durante l'esperimento del Succi noi troviamo alcune parti che han dato un massimo di diminuzione a differenza di altre che ne han dato uno appena apprezzabile. Così noi vediamo che l'addome svuotandosi del contenuto intestinale e liberandosi dall'involucro grasso



Proseguendo l'esame della faccia si trova regolarità nel naso, con le pinne piuttosto slargate, ben manifesti e più alla fine del digiuno i solchi naso-labiali; pallide le mucose labiale e gengivale, in mala condizione i molari della mascella superiore dei quali ne mancano tre, mentre sono assai bene conservati quelli della mascella inferiore ed i canini e gl'incisivi della superiore. La sua lingua rossa, leggermente deviata verso destra, ha i moti integri e regolari: durante il digiuno la lingua del Succi ben raramente aveva una mite patina biancastra: per lo più conservò l'aspetto roseo che le era abituale.

Il cranio del Succi, l'esame del quale fu compiuto dal collega Agostini, mostrò che era decisamente *ultrabrachiocefalico*, asimetrico, con prevalenza della metà sinistra, ove la curva parieto-occipitale sporge notevolmente, mentre la curva corrispondente di destra è appiattita. Anche la bozza frontale sinistra è più sporgente di quella destra; vi è leggiera acrocefalia e occipite pianeggiante.

Caratteri questi che uniti alle modalità psichiche del Succi, possono far nascere la convinzione che in esso trovino la loro sede alcune modalità di forme paranoiche: però questo punto dello studio del Succi, toccato maestrevolmente dal Prof. Luciani, sarà spero svolto a questa Accademia dal Professor Filippi; a me incombeva solo l'obbligo di registrare i fatti nella loro genuina verità.

Esaminando adesso la funzionalità degli organi del respiro e del circolo del Succi occorre osservare come la respirazione era nel primo esame e si è mantenuta di poi prevalentemente addominale: durante le forzate inspirazioni il torace si sollevava in massa: la percussione dette sempre suono polmonare discretamente sviluppato, però non molto, e l'ascoltazione fece sentire sempre respiro scevro di rumori anormali, ma debole e regolare e sempre più debole andando verso la fine del digiuno.

Le misure di circonferenza ci danno difatti il massimo di dilatazione del torace e dell'addome durante il respiro sia prima che dopo il digiuno (Tav. I).

Così il torace prima del digiuno si dilatava nell'inspirazione forzata 2 ctm. alle ascelle e alla base e lo stesso era a livello alla regione ombelicale, il minimo era alla regione mammillare dilatata solo per un ctm. La potenza di dilatazione scemò durante il digiuno e alla fine di esso il torace si dilatava nell'inspirazione forzata solo  $1\frac{1}{2}$  ctm. alle ascelle e alle mammelle,  $1\frac{1}{2}$  alla base e 1 ctm. alla linea ombelicale. Fatto questo che unito ai suddetti, mostra come la ventilazione polmonare si compiesse scarsa nel Succi prima del digiuno, come fosse anche più scarsa durante questo e alla sua fine, e come perciò le combustioni organiche avvenissero nella minor possibile quantità. Vedremo come l'esame delle aree viscerali confermi questo risultato del l'esame esterno.

Il cuore del Succi non lo potei mai veder battere e anche la mano applicata sul torace, poté solo il giorno 14 sentire un debolissimo battito. Ci è confermato dai diagrammi grafici del cuore, i quali costituiscono una semplice sinuosa e non fu possibile fare nemmeno questa nel primo giorno del digiuno.

basse regolarmente.

MISURE COMPARATE  
della circonferenza della testa, del tronco e degli arti e dello spessore del pannicolo adiposo  
durante la inanizione.

| LOCALITÀ DEL CORPO, OVE LE MISURE SONO STATE PRESE.                              | AVANTI        | AL                       | DIFFERENZA                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------|----------------------------|
|                                                                                  | IL<br>DIGIUNO | 80° GIORNO<br>DI DIGIUNO | FRA LE DUE<br>MISUREAZIONI |
|                                                                                  | mm.           | mm.                      | mm.                        |
| Cranio — (Circonferenza massima) . . . . .                                       | 540           | 535                      | 5                          |
| Collo alla base della laringe . . . . .                                          | 400           | 320                      | 80                         |
| Braccio destro a cm. 14 dal gomito. . . . .                                      | 280           | 210                      | 50                         |
| » sinistro » . . . . .                                                           | 270           | 225                      | 45                         |
| Avambraccio destro a cent. 8 dal gomito. . . . .                                 | 260           | 240                      | 20                         |
| » sinistro » . . . . .                                                           | 245           | 230                      | 15                         |
| Circonferenza del torace all'altezza delle ascelle . . . . .                     | 880 (900)     | 785 (780)                | 95 (110)                   |
| » » delle mammelle . . . . .                                                     | 920 (980)     | 820 (825)                | 100 (105)                  |
| » » alla base. . . . .                                                           | 880 (880)     | 770 (785)                | 90 (95)                    |
| » dell'addome alla regione ombilicale . . . . .                                  | 820 (840)     | 690 (700)                | 130 (140)                  |
| » alla regione iliaca. . . . .                                                   | 910           | 800                      | 110                        |
| Coscia destra a 22 cm. dalla metà della rotula. . . . .                          | 475           | 425                      | 50                         |
| » sinistra » . . . . .                                                           | 470           | 420                      | 50                         |
| Gamba destra a 15 cm. dalla metà della rotula . . . . .                          | 850           | 305                      | 45                         |
| » sinistra » . . . . .                                                           | 340           | 300                      | 40                         |
| Piega di pannicolo adiposo dall'ombilico a mm. 820 in alto sulla linea alba. . . | 88            | 21                       | 14                         |
| » » » a mm. 750 a destra della linea alba. .                                     | 20            | $5\frac{1}{2}$           | $14\frac{1}{2}$            |
| Distanza fra le due papille mammarie. . . . .                                    | 240           | 220                      | 20                         |

N. B. Le cifre chiuse fra parentesi danno le misure ottenute nella inspirazione forzata.





**FRA L**

### **La circonferen**

»

»

»

»

»

»

»

»

»

»

»



era più disteso di un centimetro circa per ogni lato in confronto all'area presa 4 di prima, e che si trovava giungere con la punta alla mammillare sinistra sulla 5<sup>a</sup> costa, mentre a destra oltrepassava di 1 ctm. la parasternale. Al primo giorno l'area del cuore era scemata di 1 ctm. a destra, di ctm. 1  $\frac{1}{2}$  a sinistra ed era scesa in basso sino a trovarsi a livello del 5° spazio. Al terzo giorno l'area era ancor più diminuita e si trovava discesa addirittura a livello della 6<sup>a</sup> costa.

Da questi dati emergono chiari i seguenti cangiamenti offerti dall'area cardiaca durante il digiuno del Succi.

1°. Aumento mite nel 1° dì del digiuno.

2°. Diminuzione discreta nei primi 14, notevole negli ultimi 16 giorni.

3°. Abbassamento notevole del livello del cuore.

Mentre il primo fatto può trovar la sua spiegazione nelle condizioni di inanizione del soggetto in esame, il secondo fatto ha una causa puramente meccanica e che si trova anche nell'esame degli altri visceri. Esso è dovuto sia alla deficienza del contenuto gastrico ed intestinale, sia alla diminuzione delle masse grassose dell'omento, per cui il cuore non trovando più appoggio solido sul diaframma, non sostenuto dai visceri ripieni di sostanze diverse, tendeva ad abbassarsi, seguendo le leggi della gravità, non bilanciate da resistenze naturali ad esso opposte.

## *2. Area dei polmoni.*

Due sono stati gli esami compiuti con la percussione sui polmoni: nel 1° e nel 30° giorno del digiuno. Nel primo giorno si osservò che il polmone destro distava col suo margine interno di due ctm. circa dalla linea mediana, allorché la respirazione era normale e di un centimetro solo nella inspirazione forzata; mentre il destro distava quattro ctm. nel 1° caso e tre nel 2° in alto e in basso, e la incisura cardiaca lasciava largamente scoperta parte del muscolo cardiaco, offrendo ottime condizioni per la percussione di questo. Ambedue i polmoni risalivano in alto allo stesso livello e inferiormente si trovavano fino alla metà del sesto spazio.

Il polmone destro offriva ben distinti i tre lobi, di cui il superiore giungeva al secondo spazio, il medio al quarto e l'ultimo, come già dissi, fino al sesto. Il polmone sinistro non mostrava la scissura del lobo superiore in modo da dividerlo in due, per cui questo lobo giungeva al quarto spazio e di qui al sesto si stendeva il lobo inferiore. La differenza fra la espirazione e la inspirazione forzata era di un ctm. o di 12 mm. al massimo sia per ciascun lobo, sia nel loro estremo libero superiore, inferiore ed interno.

All'esame del 30° giorno di digiuno osservai invece che il limite interno del polmone destro era di un ctm. più all'esterno della linea mediana e che il limite inferiore non oltrepassava il margine inferiore della quinta costa. Il polmone sinistro pure giungeva a questo limite inferiore, mentre il limite interno bilanciava quello di prima, salvoché la incisura cardiaca era scesa più bassa, conservando però la forma del primo giorno di esame. La massima d

le forzata non oltrepassava in que-

sto esame gli 8 mm.

Ne conclusi:

1°. Che era diminuita la massa del polmone, per cui si era, dirò così, represso su sè stesso;

2°. Che era diminuita pure la funzionalità del viscere stesso.

Il non essersi il polmone abbassato, come il cuore, ma anzi sollevato, dipende, a mio giudizio, appunto dalla differente costituzione ed ufficio dei due organi, — perchè mentre il cuore è pesante, il polmone è leggero e libero in una cavità ove può muoversi a suo piacimento: ora è ben naturale che se il suo volume era diminuito e la sua funzione pure scemata, non doveva scendere in basso, ma retrarsi, come difatti si è constatato con l'esame descritto.

### 3. Area del fegato.

Questo viscere fu esaminato nel 1°, nel 14° e nel 30° giorno. Nel 1° esame si trovò che esso aveva il suo limite superiore a livello della 5ª costa, il limite inferiore sulla mammillare all'arco costale, e che trasversalmente si spingeva fin verso sinistra un ctm. distante dalla mammillare. Al 14° dì, esso era abbassato fino alla sesta costa, conservando il suo limite inferiore, ma allontanandosi dalla mammillare sinistra di quasi cinque ctm. Al trentesimo giorno poi era sceso col limite superiore alla sesta costa, con l'inferiore rimaneva presso a poco allo stesso livello e trasversalmente oltrepassava di due ctm. e mezzo la linea mediana.

Deve notarsi che mentre nel primo giorno la direzione della linea superiore del fegato era un po' obliqua di basso in alto e da destra a sinistra, tal fatto si accentuò di più nel quattordicesimo dì, e nel trentesimo invece esso era obliquo di alto in basso e da destra verso sinistra.

Il lobo sinistro non solo era diminuito della metà alla fine del digiuno, ma era quello che aveva subito maggiore spostamento, poichè dall'occupare il lato sinistro della base toracica, ora venuto sulla linea mediana, rimanendo metà a destra, metà a sinistra di detta linea.

Facendo inspirare fortemente il paziente nel primo esame lo spostamento subito dalle linee superiore e inferiore del fegato era di 11 millimetri: nel trentesimo giorno esso non oltrepassava i 4 mm. Ciò si capisce assai facilmente: nel primo giorno il polmone respirava ampiamente, il fegato grosso era sostenuto in alto contro il diaframma dai visceri pieni di gas o di cibi, per cui i moti respiratorii si comunicavano direttamente al fegato per intero. Invece nell'ultimo dì il polmone era più represso, il fegato più piccolo e più basso, nè pressato contro il diaframma dalla massa intestinale, oramai vuota, per cui il meno potente impulso respiratorio era mal trasmesso al fegato, che lassamente rispondeva alla spinta.

Perciò sembrami poterne concludere: 1° che il fegato durante il digiuno subiva pure una diminuzione notevole di volume prevalente nel suo lobo sinistro; 2° che esso subiva pure un abbassamento e una rotazione in basso e

a sinistra; 3° che rendeva meno sensibile la sua mobilità respiratoria comunicatagli dal polmone.

#### *4. Area della milza.*

Tre esami alle stesse epoche di quelli eseguiti sul fegato, io compii sulla milza. Mi resulterebbero anche per essa i seguenti fatti:

1° Diminuzione di volume dell'organo, prevalentemente nel suo diametro antero posteriore e nella parte anteriore di questo;

2°. Spostamento della milza verso l'alto e l'interno;

3°. Allontanamento quindi dalla linea ascellare anteriore.

Del resto nel primo esame la milza del Succi oltrepassava all'indietro di un ctm. la ascellare posteriore e distava di un ctm. dall'ascellare anteriore in avanti.

#### *5. Area dello stomaco.*

A bella posta ho lasciato per ultimo l'esame di questo viscere, perchè più complicato degli altri. Lo eseguii 4 di prima del digiuno, nel 1°, nel 14° e nel 30° giorno, osservandolo prima vuoto successivamente in posizione supina ed eretta e quindi dopo l'ingestione di un liquido e nell'esame preparatorio e al 30° giorno anche con i mezzi idonei allo sviluppo del gas.

Nel 1° esame lo stomaco vuoto giungeva in basso fino a livello dell'arco costale, in alto al 5° spazio sinistro ed era compreso fra la ascellare media sinistra e fra la parasternale e la mammillare di destra. Nel 2° esame era piccolissimo, giungeva alla 6ª costa in alto, in basso distava sulla mammillare sinistra di 1 ctm. dall'arco costale, e si trovava fra la ascellare anteriore sinistra e la parasternale destra. Nel 3° esame l'area gastrica in alto era scesa al 6° spazio, in basso scendeva di 1 ctm. sotto l'arco costale, oltrepassava la ascellare anteriore sinistra di 3 ctm. ed era a metà fra la mammillare e la parasternale destra. Al 30° giorno era in alto allo stesso livello, in basso non oltrepassava il livello dell'arco costale, trasversalmente era trascinato più verso destra con la sua estremità pilorica.

Quindi ne deriva la conclusione: 1° che l'area gastrica subì nel 1° giorno di digiuno un notevole rimpiccolimento, 2° che al 14° giorno era tornata a crescere, ma che era scesa di livello, 3° che al 30° di era diminuita e di più stirata verso destra.

A spiegare la diminuzione dell'area gastrica del 1° giorno potrebbe bastare la quantità di liquore che il Succi in esso ingerì ad un tratto e che potrebbe aver prodotto, come uno spasmo del viscere. A spiegare la discesa di livello al 14° basta la vuotezza del viscere e degli intestini sottoposti e a pressione fatta su di esso dal diaframma e dal cuore. A spiegare lo spostamento verso destra mi pare che sia sufficiente la diminuzione dell'area epatica per cui il fegato retraendosi verso destra, trascinava ivi la estremità pilorica dello stomaco stesso, flaccido e vuoto.

—  
nelle diverse parti d

no spostamento in

era sulla parasterna  
30° di distanza di 1 cm. dalla mediana:

2° la curva sinistra dello stomaco ha subito la massima, accostandosi sempre più alla linea mammillare sinistra dalla ascellare anteriore sinistra. Nel 1° di era addirittura dentro

3° la curva inferiore retratta nel 1° giorno, si abbassò trasse di nuovo a livello dell'arco costale nel 30° giorno:

4° la estremità pilorica prima del digiuno era sulla sinistra, si riaccostò alla linea mediana nel 1° giorno, riprese la prima, tendendo a lasciarsi trascinare più verso destra al 14° stava di 4 cm. dalla mammillare destra, trascinata dal fegato

5° la piccola curva superiore molto obliqua avanti il 1° giorno, di alto in basso e da sinistra a destra, ebbe tendenza all'allungare dell'organo e lo stiramento pilorico a destra, per il 30° giorno una direzione assai meno obliqua di quella iniziale

Può concludersene: 1° Che il fegato può retraendosi stirare modificare la posizione del cardias, del piloro, la obliquità e la sua curva superiore e diminuire la convessità della sua curva. Che lo stomaco subisce sotto l'influenza di medicinali, e di altre intestinali modificazioni notevoli di posizione, e di forma.

Le modalità infine presentate dallo stomaco prima del 1° giorno per la ingestione dei liquidi furono le seguenti:

1°. Abbassamento in massa del viscere verso il centro del liquido contenuto nello stomaco: questo abbassamento superiore fu più notevole al 30° di, quando lo stomaco era vuoto gli intestini pur vuoti, di quel che non lo fosse al 1° esame.

2°. Consecutivo ravvicinamento della curva sinistra alla anteriore, fatto più notevole al 30° giorno che nel 1° esame.

3°. Abbassamento e massima concavità della piccola curva marcato nel 1° esame, che nel 30° giorno, perchè in questo ultimo lo stiramento del fegato, che impediva alla curva stessa di ritirarsi.

La distensione gassosa del viscere diede invece i seguenti risultati

1°. Aumento notevole dell'area gastrica, prevalente nella parte sinistra e superiore, nel 30° giorno con quasi uniformità

2°. La piccola curva assumeva una direzione quasi retta in due gli esami.

Da quest'ultime osservazioni mi sembra potere concludere che il Succo alla fine del digiuno offriva in genere meno resistenza dei liquidi e dei gas di quello che ne avesse offerto da prima

In ultimo devo notare, come per queste ricerche abbia

vantaggio dal metodo di ascoltazione stetoscopica della percussione, inquantochè gli altri non poterono adoperarsi per ragioni speciali, quali la impossibilità al Succi di ingerire notevole quantità di acqua per ottenere il fenomeno del guazzamento, e quella di non poter apprezzare trasmessi allo stomaco i tuoni cardiaci, che erano, come abbiamo già detto, appena sensibili sulla regione stessa del cuore.

#### 6. Osservazioni generali.

Gli esami degli altri visceri (colon, cieco, reni) fu da me dovuto lasciare, perchè troppo era il povero Succi da me tormentato per gli esami suddetti per tediare con altri. Debbo però a sua lode accertare che sempre si prestò volentieri non solo alle lunghe sedute per fare *contemporaneamente* tutte queste aree viscerali, ma che mi permise di tracciarle sul suo corpo col lapis dermatografico e fotografarle, ed anche di disegnarle con colori ad olio per levarne l'impronta per gli studii ulteriori e per fondamento della verità delle mie osservazioni.

Nelle tavole qui unite ho segnate le misure comparate osservate nei diversi esami, l'ordine nel quale sono diminuite le aree, il rapporto della diminuzione finale con le misure iniziali. Sono fatti che non han bisogno di spiegazione: soltanto mi piace osservare che i risultati semeiotici sono in pieno accordo con quelli che precedenti sperimentatori avevano ottenuto comparando la perdita in peso dei visceri degli animali in inanizione con quelli in condizioni normali. S'intende che dobbiamo dare alle misure nostre un valore tutto relativo e non assoluto, inquantochè le cause di errore sia nella percussione, sia nel disegno esterno delle aree viscerali, sono molte e sono più di quelle che comunemente si creda. Non è del resto qui il luogo di trattenerci su tale importante questione.





TAVOLA V.

ORDINE

NEL QUALE SONO DIMINuite LE AREE.

|                                           |     |    |
|-------------------------------------------|-----|----|
| Lunghezza del fegato .. ..                | mm. | 65 |
| Diametro trasverso dello stomaco .. ..    | »   | 50 |
| Altezza dello stomaco .. ..               | »   | 40 |
| Altezza del fegato sulla linea med. .. .. | »   | 35 |
| Altezza del polmone .. ..                 | »   | 30 |
| Larghezza del lobo sin. del fegato .. ..  | »   | 28 |
| Lunghezza e larghezza della milza .. ..   | »   | 28 |
| Lunghezza del cuore .. ..                 | »   | 25 |
| Altezza del lobo sin. del fegato .. ..    | »   | 20 |
| Altezza del fegato sulla mamm. .. ..      | »   | 17 |
| Lunghezza del polmone .. ..               | »   | 15 |
| Altezza del cuore .. ..                   | »   | 15 |

*La media della diminuzione delle aree.*

|                   |    |                 |      |
|-------------------|----|-----------------|------|
| Stomaco .. .. mm. | 45 | Milza .. .. mm. | 28   |
| Fegato .. .. »    | 83 | Polmone .. .. » | 27,5 |
| Cuore .. .. »     | 20 |                 |      |



### III. Conclusioni pratiche.

Dal rapido sunto delle precedenti osservazioni possiamo concludere che molte sono state le verità semiologiche constatate nell'esame comparato delle aree viscerali del Succi durante il digiuno. Ma non meno numerose possono essere le verità terapeutiche che da questo studio possono e debbono emergere. Riserbandomi di dirne in altro momento, allorchè sarà compiuta la esposizione degli esperimenti, e delle osservazioni di tutti i membri della commissione scientifica, piacemi notare, come sia mostrato da quello che sopra ho esposto:

1°. Che può l'organismo in certe determinate condizioni naturali ed artificialmente create, sostenere un lungo digiuno, senza notevoli sofferenze e quindi senza danni materiali sensibili:

2°. Che con tale digiuno si ha una diminuzione progressiva e notevole di diversi tessuti del corpo e specialmente del tessuto adiposo.

3°. Che si ha pure una diminuzione notevole, non tanto della milza, del fegato, del cuore, e dei polmoni, ma ben anco notevolissima dello stomaco il quale subisce modificazioni importanti sotto questo punto di vista:

4°. Che la funzionalità del polmone e del cuore, è notevolmente diminuita come lo dimostra la menomata estensione di questi visceri e la diminuzione delle loro funzioni.

Quindi molteplice potrebbe essere l'utile terapeutico della inanizione: curare malattie gastriche ed intestinali, attivare la riduzione de' materiali organici esuberanti, o aberranti e diminuire il volume e la estensione di certi organi, non che la loro esagerata funzionalità.

Pensando quante malattie gastriche, ed intestinali avrebbero la loro guarigione definitiva o un sollievo grandissimo, se fosse possibile di impedire per un tempo più o meno lungo in proporzione della lesione, il passaggio di alimenti per lo stomaco e per gli intestini malati e la funzionalità di questi stessi visceri, facilitando così la cicatrice di ulceri, o la scomparsa delle flogosi o la diminuzione delle secrezioni anormali, io credo che si debba invocare a tal uopo la terapia del digiuno.

E lo stesso dee dirsi per i casi in cui abbondano certi elementi o in cui le funzioni di certi tessuti o di certi organi si compiono in modo aberrante. Quindi la polisarcia e la gotta e forse il diabete, l'enfisema polmonare e l'ipertrofia cardiaca senza degenerazione del miocardio, troverebbero in questa cura un possibile e razionale rimedio. E simile ragionamento può farsi per ciò che riguarda la riduzione di organi aumentati in volume e specialmente di quelli che come lo stomaco, subiscono una diretta malvagia influenza dal giornaliero uso degli alimenti solidi e della loro digestione più o meno completa.

te condizioni sopportarsi bene l'astensione dio severo su questo argomento sia possibile pratica e se noi, mercè la conoscenza perato dal Succi, potremo vedere con sicurezza durante la inanizione, avremo un campo nanità sofferente.

one di sé stesso all'esame del pubblico, il all'umanità e della scienza e credo di non na tale conquista nel campo terapeutico titolo d'onore per colui che avesse la for-

esidente apre la discussione sulle tre comunicazioni fatte dal Prof. Del Greco, dal Dott. Grazi e dal Dott. Bianchi, ma nessuno chiedendo la parola, egli a proposito di quanto ha detto il Dott. Bianchi, dichiara essere stati importanti i risultati ottenuti sulla differenza delle aree viscerali durante il digiuno, che concordano con quanto è stato osservato da altri specialmente dallo Chossat, sulle variazioni del peso dei visceri degli animali sottoposti a lunghi digiuni. Il Presidente spiega perchè il fegato e la milza diminuiscano moltissimo durante i digiuni, ed a proposito della milza dice che le voluminose ipertrofie di questo viscere potrebbero diminuire, come pare sia accaduto nel Succi, sottoponendo i malati a lunghi digiuni.

Domanda la parola il Dott. Boncinelli per lodare il modo col quale sono stati diretti gli esperimenti sul Succi, ma crede che sia stato dimenticato di ricercare cosa avviene durante i lunghi digiuni riguardo al senso genetico. Egli ha interrogato in proposito il Succi, sapendo dal medesimo, che generalmente è sobrio, e che tre giorni prima di incominciare il suo digiuno esercitò il coito. All'undicesimo giorno ebbe una polluzione involontaria durante il sonno; sarebbe stato utile sapere se questo fatto aveva portato un perturbamento nei risultati delle osservazioni dinamometriche od in altro. Il Dott. Boncinelli, continuando sullo stesso argomento, dice avere interrogato altre volte il Succi in proposito, ed aver saputo che anche in altri giorni ebbe qualche erezione, ma non seguita da perdita seminale. Da quanto ha potuto raccogliere si potrebbe forse concludere che i lunghi digiuni non esercitano una dannosa influenza sopra il senso genetico, come avviene egualmente in alcuni stati patologici, come p. e. nei tubercolosi, nei quali il senso genetico è piuttosto aumentato, che diminuito.

Il Presidente, ringrazia il Dott. Boncinelli di aver fatte queste ricerche, e dichiara che non dimenticò lui pure di fare delle domande al Succi, sopra il delicato argomento, ottenendo presso a poco le medesime notizie: così si è raggiunto meglio lo scopo per due vie diverse, ottenendo risposte concordanti senza sapere che uno era controllato dall'altro. Dice inoltre il Pre-

sidente che all' 11° giorno si ebbe una  
e fu trovata una quantità maggiore  
nelle successive comunicazioni riguarda  
La seduta viene levata alle ore 3

*V° Il Presidente*  
Prof. LUIGI LUCIANI

181,  
S. Bianchi, Bajardi, Banti, Fatichi, Vecchiotti,  
chi, Baldi e Crapola.

La seduta è aperta alle 9

Letto ed approvato il processo verbale di  
dente dà la parola al Dott. Kurz intorno all  
*cosa sviluppata sulla corda vocale sinistra.*

Il Dott. Kurz dice trattarsi di una cisti  
sulla superficie inferiore della corda vocale e  
difficile per la sede sfavorevole del tumoretto  
strumento costruito appositamente.

Il malato, certo D. V. di circa 20 anni,  
da diversi anni la voce flocca e la sensazione  
ringe. Dopo che lo stato della gola alcune ve  
un tratto una bella mattina il malato si trov  
e senza la sensazione di corpo estraneo. A qu  
seguiva un peggioramento persistente. Tale qu  
più volte.

Il malato fu esaminato e curato da diver  
il malato fu anche curato dal sig. Dott. Gras  
scito a rompere la ciste ottenendo un temporari  
laringoscopico combinato col fatto di rapidi  
Dott. Labus aveva emesso per il primo la di  
buando codesti miglioramenti alla rottura de  
difficile l'operazione, detta da altri addirittura

Venuto da me il malato nell'estate 1886  
moretto rotondeggiante, biancastro, di superfi  
un pisello, che aveva sede tra il terzo anteriore  
vocale sinistra e traeva l'origine con larga base  
questa corda, in modo che guardando diritto  
piccolo segmento sporgente nella rima glottica  
una parte maggiore guardando obliquamente  
nell'atto della respirazione, perchè durante la

completamente al disotto delle corde vocali toccantisi perfettamente per linea retta.

La voce era rauca, non afona, stonante qualche volta come all'epoca della pubertà. Non c'era nè tosse, nè spurgo; la mancanza di questi due sintomi è ritenuta dal *Garel* caratteristica per le cisti laringee.

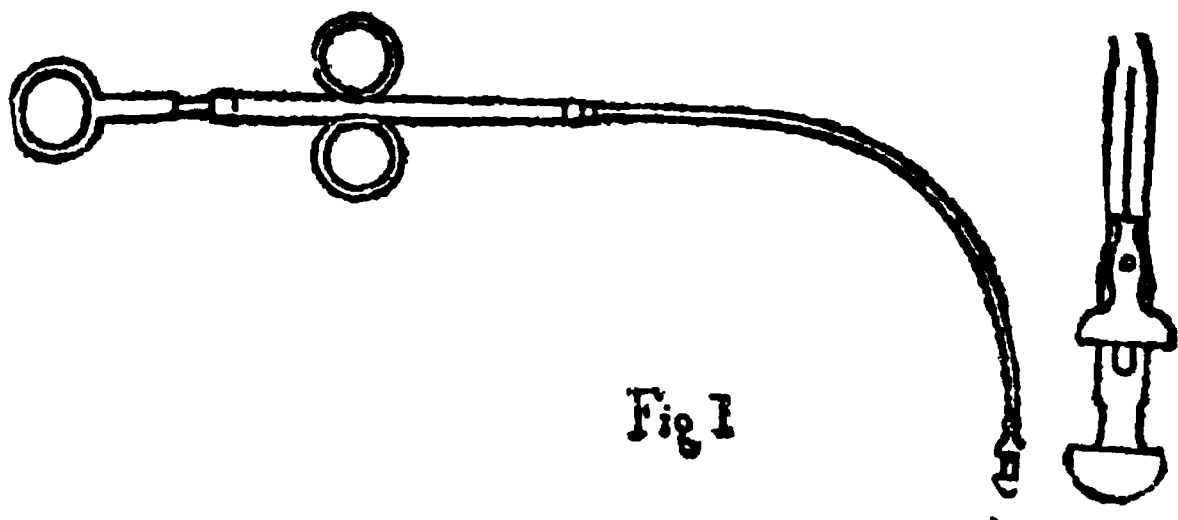
Ebbi l'occasione di esaminare ad intervalli più e meno lunghi il malato e di osservare due volte l'aumento del tumore seguito da rapido rimpicciolimento in seguito di rottura, così che mi sembrò incontrastabile la diagnosi di ciste, sviluppatasi probabilmente per occlusione del canale di una glandula mucosa.

Il malato stesso, bravissimo autolaringoscopista, faceva su di sè le medesime osservazioni, e non solamente tollerava perfettamente bene l'applicazione prolungata dello specchietto, ma era in poco tempo avvezzato a lasciarsi toccare con diversi strumenti, che io passavo anche al disotto della rima glottidea.

Malgrado questa rara tolleranza, malgrado tutta la pazienza dalla parte mia come da quella del malato mi fu impossibile di asportare quella ciste nascosta per la maggior parte sotto la corda. Con gli strumenti dello *Stoerk* e dello *Schroetter* non ci fu modo di afferrarla. Una volta ero riuscito a cauterizzarla dal disotto con un galvanocauterio (costruito appositamente e adattato al manico del *Schech*.

La ciste si ruppe versando un po' di muco chiaro, la voce migliorò, ma presto ricrebbe il tumore, e tornammo allo *status quo*.

Nel mese di Settembre dell'anno scorso il malato insistette più che mai a essere operato, ed allora io feci costruire dal Sig. Piana una specie di ghiottina che scendeva su un uncino ottuso (fig. I<sup>a</sup>). Speravo di poter afferrare



con questo strumento la ciste, la quale sfuggiva a tutti gli altri strumenti, e di poterla tagliare alla sua base.

E infatti il secondo o il terzo tentativo ebbe un successo felicissimo. Coadiuvato dalla energia del malato e da una anestesia buonissima di cocaina al 10 per 100 passai, il 19 Settembre, l'estremità dello strumento al disotto della rima glottidea, afferrai con la medesima come con un uncino la ciste al di sotto della sua base e rovesciando la ciste insieme con la corda (mettendo così

alla ciste) ghigli  
ione) facendo so

erchè sotto la p  
cui membrana ri  
ama del coltellin  
resto della base  
dopo l'operazio

della fig. III<sup>a</sup> (mentre che la fig. II<sup>a</sup> mostra la parte sporgente

prima dell'operazione). Quel piccolo resto distrussi alcuni gioi  
ciandolo a tergo mediante il già menzionato galvanocauterio.

Sciolta l'escara e passata alquanto l'irritazione della muc  
voce si fece molto più chiara di prima, non c'era più la sensa  
estraneo e — passata una leggiera tumefazione infiammatoria  
riore e medio della corda sinistra — la rima si chiudeva nella  
modo normalissimo.

Nel Dicembre il malato acquistò una forte laringite acuta  
ventava un poco cronica ed era accompagnata da leggieri u  
mille estremità aritenoides di tutte due le corde. Questa laringit  
gio adagio sotto l'uso di diverse inalazioni e di insuffazioni di  
acido tannico, così che adesso già da qualche mese la voce  
tutto chiara.

È cosa conosciuta che dopo l'asportazione d'un tumore a l  
corre sempre un certo tempo prima che la voce riacquisti il ti

Nella laringe del malato si vede adesso a mezzo della  
guardando più obliquamente che sia possibile nella rima glott  
sedeva il tumoretto, un ispessimento della corda leggerissimo  
sima estensione, cosa che esaminando con la luce del giorno i  
servare che con molta difficoltà.



Le applicazioni delle polveri fatte in questo caso furono eseguite con un polverizzatore ideato da me nel 1882 e pubblicato sulle *Memorabilien*. Questo strumento (fig. IV\*), sul quale chiamo l'attenzione dei colleghi, offre qual

che vantaggio dinanzi agli altri insufflatori e vien? adoperato da distinti laringologi fra i quali il *Labus* di Milano.

Il vantaggio principale del mio insufflatore è, che tenendo teso il pallone e chiuso con l'indice e pollice il tubo di gomma si può introdurre lo strumento, dirigerlo al punto dove si vuole, a destra, a sinistra ecc., e applicare la polvere precisamente là dove si desidera, aprendo semplicemente le dita e non producendo perciò nessuna deviazione della punta, come succede con gli altri strumenti, i quali tutti hanno bisogno di una pressione nel momento in cui si mettono in azione.

Un altro vantaggio del mio insufflatore è, che si possono fare ripetute insufflazioni, una dietro l'altra, facendo il semplice gioco delle dita e applicando così la polvere in maggiore o minore quantità su tutte le parti della laringe e volendo anche sulla trachea.

Per illuminazione della laringe raccomando il *diafotoscopio* elettrico dello *Schütz*, col quale si proiettano raggi luminosi propriamente nell'asse visuale, guardando per un piccolo foro centrale. Tale strumento fornito di una lampada elettrica ingegnosa ed applicabile a qualsiasi buona pila costante si sostituisce con vantaggio all'oftalmoscopio e a qualunque apparecchio per illuminare cavità.

Il Prof. Luciani, cedendo la presidenza al Prof. Tafani, prende la parola per fare la 3<sup>a</sup> comunicazione sul *digiuno Succì* intorno alle perturbazioni osservate nella curva del peso. Comincia col dire che quando un animale si

ni ambienti perfettamente  
 la curva del peso comp  
 una forma assai regolare. Nella cagna su cui sperimentò a  
 del peso aveva i caratteri di una curva geometrica, perchè  
 tutti i punti la linea di una iperbole equilatera di una determ  
 Ciò non si osserva nella curva del peso giornaliero del Succi du  
 di digiuno, per le molteplici cause esterne perturbatrici a cu  
 Succi, che il Prof. Luciani enumera. Tuttavia si ottenne una c  
 regolare, se si fa astrazione da alcune perturbazioni che dec  
 determinati. Assai più irregolari sono invece le curve del pes  
 dati raccolti nello stesso Succi nei suoi precedenti digiuni di  
 rigi. Ma questa differenza non dipende dal non essere stati  
 Firenze i digiuni di Milano e di Parigi; ma dal modo erroneo  
 fatte le pesate giornaliere. Infatti si ha che la perdita comp  
 subita dal Succi nei 90 giorni di digiuno di Parigi fu di kg  
 lano kgr. 18,100, di Firenze kgr. 11,981.

Il Prof. Luciani passa quindi ad esaminare una ad una  
 perturbazioni che presenta la curva del peso ottenuta in Fir  
 in rapporto con analoghe irregolarità che si osservano nella  
 contenuto giornalmente nell'urina (rappresentante il consumo  
 albuminoidi), e di quelle che si osservano nella curva del num  
 corpuscoli rossi del sangue (rappresentante il diverso grado d  
 o diluizione del sangue), e termina la sua interessante com  
 seguenti parole:

« Da questo rapido esame, io spero abbiate acquistata  
 « che delle perturbazioni che presenta la curva del peso comp  
 « durante il suo digiuno di 90 giorni, si possa facilmente re  
 « siderando le cause perturbatrici diverse che hanno esercita  
 « nei differenti periodi del digiuno. Esse non potevano non ver  
 « necessità fisiologica che si producessero in quei dati tempi  
 « forme e misure, poste quelle determinate condizioni e influ  
 « Succi durante l'inanizione. Possiamo adunque concludere che  
 « dendo dalla sorveglianza di rigore, assidua, e non mai int  
 « sottoposto il Succi, noi abbiamo nella curva del suo peso ;  
 « prova scientifica inconfutabile che egli ha veramente e se  
 « vato il digiuno nei 90 giorni in cui si sottopose alle nostr

Si apre la discussione sulla memoria del Dott. Kurz e il  
 manda di vedere il pezzetto di ciste estirpata per giudicare  
 strumento. Il Dottor Kurz dice di non poter soddisfarlo, perch  
 non esiste.

Aperta la discussione sulla memoria Luciani, nessuno pr  
 rola, la seduta è levata alle 2 1/2 pom.

*Il Presidente*  
 Prof. L. LUCIANI.

*Il*  
 Dott.

OTTAVA ADUNANZA DEL 27 MAGGIO 1888.

*Alla Presidenza il Prof. LUIGI LUCIANI, Presidente.*

Sono presenti i Signori Accademici Luciani, Bianchi Aurelio, Vecchiotti, Mattei, Pardo, Boncinelli, Banti, Bianchi Stanislao, Crapols, Giuntoli, Sacchi, Pellizzari Guido, Kurz, Del Greco, Magrini, Marcacci, Faticchi e Grazi.

Aperta la seduta alle ore 1 pomeridiana dal Prof. Luciani, Presidente, il Dott. Bianchi Aurelio, Segretario, legge il processo verbale della passata adunanza e terminata la lettura, domandando il Presidente se qualcuno aveva da fare osservazioni sul processo verbale, il Grazi prende la parola a proposito della comunicazione fatta nella precedente adunanza dal Dott. Kurz. Avendo sentito dal resoconto letto dal Segretario, che il Dott. Kurz disse che non era stata fatta la diagnosi di ciste della laringe nel suo ammalato altro che recentemente dal Labus di Milano e da lui, il Grazi, che essendo assente da Firenze non poté assistere alla precedente adunanza, tiene a far sapere alcune notizie riguardanti l'operato del Dott. Kurz, le quali notizie, forse, il paziente non riferì al suo ultimo curante. Infatti, il Grazi, oltre quattro anni sono, fece la diagnosi di ciste della corda vocale inferiore sinistra nel Sig. Delle Vedove e dopo aver fatto varii tentativi per ottenere il vuotamento della ciste fece costruire espressamente al Bussadori un istrumento, che presenta all'Accademia, per aggredire il tumore per mezzo di un'ansa di platino resa incandescente dalla corrente elettrica. — Dopo varie prove, e forse per l'azione disorganizzante della corrente elettrica, la ciste si aprì spontaneamente, e il Delle Vedove tornò a parlare benissimo. Era difficile afferrare con le pinzette a presa orizzontale od a presa verticale quella ciste, perchè sorgeva dalla faccia inferiore della corda vocale sinistra ed aveva le pareti così tese da sfuggire all'azione delle pinzette. Essendo il Delle Vedove tanto abituato alla laringoscopia da fare vedere benissimo non solo la laringe, ma anche gran parte della trachea, il Grazi presentò un giorno il malato alla Clinica medica facendolo osservare al Prof. Federici, al Dott. Vanni ed a varii studenti, dicendo loro che aveva avuto una ciste impiantata al di sotto della corda vocale inferiore sinistra di cui non si vedeva allora alcuna traccia. Il Grazi non seppe che la ciste avesse dopo molto tempo recidivato, finchè non riceveva giorni sono una lettera dallo stesso ammalato nella quale diceva le ragioni per le quali non era venuto a far vedere la sua laringe, quando ne fu adunanza del 29 Aprile, ultimo decorso, dovendo presentare alcuni operati li tumori sottoglottici e tracheali, il Grazi aveva invitato anche il Delle Vedove a mostrare ai Signori Accademici la propria laringe.

detto che delle osservazioni fatte dal Dottore Grazi intorno al processo verbale della passata adunanza, sarà tenuto conto nel processo verbale della presente seduta; invita il Prof. Raffaello Mattei, accademico più anziano ad assumere la Presidenza dovendo il Prof. Luciani leggere una comunicazione sulle *Ricerche fatte sul sangue del Succi durante l' inanizione* insieme al Dott. Colzi. Di questa comunicazione che sarà pubblicata integralmente omettiamo di dare un sunto nel processo verbale.

Il Presidente invita quindi il Dottor Fatichi a fare la sua comunicazione sopra lo *Strozzamento di un'ansa intestinale incompleto e senza epiploon*. Si trattava di una donna che fu presa il 29 Dicembre 1887 da singhiozzo, vomiti e dolori, e portata allo spedale il 30 dello stesso mese morì dopo poche ore. — All'autopsia, oltre la degenerazione grassa del miocardio, fu trovata peritonite diffusa incipiente, ernia enteroepiploica destra con epiploon aderente e intestino riducibile. A sinistra si trovò un'area di forma ovale, di un rosso scuro, col diametro massimo di quattro centimetri ed uno minore di due centimetri a circa trenta centimetri dal cieco; a distanza di dieci centimetri si trovava un'ernia crurale a pizzicotto strozzata; lo strozzamento era fatto da uno dei fori della lamina cribiforme. In questo punto il colore dell'ansa era rosso vinoso con emorragie e ulcerazioni dal lato della mucosa.

Il lettore parla diffusamente della frequenza di questa forma che fu un tempo ignorata, riferendo a tal proposito l'opinione di varii autori e dicendo giustamente, che per la sua piccolezza quest'ernia può fuggire all'osservazione del chirurgo ed esser causa di errori diagnostici; egli però non crede che questa forma sia tanto rara come alcuni la sospettano.

È stato detto che in questa forma si può avere la continuazione della emissione delle feci, il qual fatto può avvenire se si pensa che una sola porzione del lume intestinale rimane occlusa. In quanto alla prognosi ed all'esito il lettore conviene con la maggioranza degli autori che lo strozzamento di un'ansa intestinale incompleta e senza epiploon sia più grave delle ernie comuni, attribuendo tale maggiore gravità al fatto che in questa forma dovendosi lo strozzamento attribuire all'azione di fasci fibrosi, la necrosi si preda prima, essendo facilitata dalla mancanza di afflusso sanguigno non essendo compreso nell'ernia il mesenterio.

Il lettore terminò dicendo che lo strozzamento in questa varietà di ernia avviene nell'anello inguinale interno od in uno dei fori della fascia cribiforme, come si osservò nel caso che formò soggetto di questa comunicazione.

Il Prof. Luciani domandò quindi la parola per rettificare alcune inesattezze ed errori di fatto nei quali sarebbe incorso il Prof. Filippi nell'articolo *Varietà dello « Sperimentale »*. Egli comincia col deplorare l'assenza del Filippi, sebbene fosse formalmente invitato dal Luciani medesimo, ma si crede in dovere di non lasciare accreditare nel pubblico *errori di fatto* intorno al digiuno del Succi, che riuscirebbero a diminuire il valore alle ricerche scientifiche fatte da lui e dai suoi collaboratori, le quali egli va comunicando all'Accademia e che infine dovranno essere raccolte in un lavoro complessivo.

Distingue gli *errori di fatto* in cui è incorso il Prof. Filippi in due categorie: quelli della prima, lo riguardano personalmente e consistono in citazioni errate della sua *prima comunicazione* all'Accademia; quelli della seconda, interessano direttamente la scienza e consistono in osservazioni non dimostrate, non attendibili, o facilmente confutabili, che il Filippi dà come dati sicuri incontrovertibili o assai probabili.

Cominciando dagli errori della prima categoria il Prof. Luciani rileva i seguenti:

I.° Il Filippi gli fa dire più volte che il Succi al principio del digiuno ingerì 30 grammi del suo liquore, mentre egli disse 12 c. c., equivalenti a grammi 13,5.

II.° Asserisce più volte che egli chiamò il liquore del Succi *possente narcotico* e lo assomigliò al *laudano* del Rosseau; mentre egli lo disse *eccellente narcotico* preso epicriticamente nella quantità di dodici centigrammi in due giorni. Disse che nella composizione del liquore entrava *morfina* e *oppio* che è la base del *laudano del Rosseau*, ma non disse in che dose; quindi lo chiamò *laudano del Succi*, non *laudano del Rousseau*.

III.° Più volte gli mette in bocca parole, concetti assai diversi da quelli da lui espressi. Così le seguenti: « Questa faccenda dell'aumentata energia muscolare mi ha seriamente preoccupato. . . ». Egli invece si esprime come segue: « Le indagini sulle variazioni della forza muscolare del Succi durante il digiuno mi hanno seriamente preoccupato. » Così pure il Filippi fa dei bisticci sul concetto dell'*autosuggestione*, riportando a modo suo il ragionamento del Luciani facendolo credere testuale, perchè vircolato.

IV.° Gli fa dire che nell'interpretazione del fatto dell'aumento apparente della forza muscolare del Succi durante il digiuno, egli escluda affatto la simulazione, mentre si rileva chiaramente dal contesto della comunicazione il dilemma: O simulazione, o autosuggestione. Il Luciani si soffermò solo nell'ipotesi più benigna appunto perchè tale, e perchè bisognosa più di essere chiarita.

Intorno poi al confronto fra i digiuni del Tanner, del Merlatti, del Cetti rispetto a quello del Succi gli fa dire *testualmente* che il Succi « si trova in condizioni di resistere all'astinenza dei cibi per trenta giorni a differenza degli altri che non vi riescono. »

Egli invece si esprime nel seguente modo: « Il digiuno del Succi non differisce dagli altri se non per questo: Che egli cioè si trova e in parte si pone « in tali condizioni, da resistere all'astinenza dai cibi per trenta giorni, rimanendo per questo tempo in istato perfettamente fisiologico, ciò che non sembra essere riuscito finora ad alcun digiunatore per un tempo altrettanto lungo. »

Passando agli errori di fatto della seconda categoria, il Prof. Luciani contraddice le seguenti affermazioni del Filippi:

I.° Il Filippi ritiene che il Succi 3 o 4 giorni prima del digiuno avrebbe ingerito 60 grammi del suo liquore, e nei primi 3 giorni del digiuno tre a grammi. Egli si fonda sulla semplice asserzione del Succi, che non è a

va morale o giuridica, perchè il Succi ni, sia all'Accademia nell'atto scritto in ». Il Prof. Luciani fondandosi sugli esami l 29 Febbraio dimostra: che questi prima no liquore, o ne prese in sì piccola dose

da non produrre effetti rilevabili. Dimostra inoltre che tra la vigilia e il primo giorno del digiuno il Succi ingerì 12 c. c., del suo liquore. Ciò risulta da constatazione diretta, registrata dal Prof. Luciani sul luogo stesso dell'esperimento.

II.\* Il Filippi asserisce che nei primi tre giorni del digiuno il Succi si mostrò in preda a fenomeni di *ebetudine anestetica* (sic) della quale traccia un quadro basato su semplici apprezzamenti subiettivi. Il Prof. Luciani sulla base di tracciati e di dati obiettivi raccolti nel Succi, dimostra come la descrizione del Prof. Filippi non è che un romanzo.

III.\* Il Filippi fa una distinzione netta fra *azione narcotica* e *azione anestetizzante, torpente* o *ipnotica*, senza esprimere in che egli fa consistere codesta differenza. Asserisce che il liquore del Succi preso a piccole dosi calma, ad elevate eccita, senza addurre le prove, e senza dire a qual dose produca la *ebetudine anestetica*. Afferma che preso da qualsiasi altro individuo che non sia il Succi, che vi è di lunga mano abituato, riuscirebbe venefico, che occorrerebbero *tre mesi e più* ad altri individui prima di riuscire a tollerarlo alla dose alla quale giunge il Succi. Tutto questo ed altro ancora afferma il Prof. Filippi basandosi non già su dati sperimentali, ma sulle semplici affermazioni del Succi, che egli dà come prove di maggior valore dei dati obiettivi raccolti dal Prof. Luciani. Infatti finisce per esclamare: « *Tutto questo* (asserito dal Succi) *è un fatto, e il resto è zero!* »

IV.\* Altre erronee asserzioni sono contenute nell'articolo del Prof. Filippi che il Prof. Luciani si limita ad enumerare. Tali sono le seguenti: Che il Succi promise alla Commissione Accademica di astenersi dai cibi solidi (sic), mentre invece si obbligò di astenersi da qualsiasi cibo e bevanda, meno l'acqua di fonte e le acque minerali: che il Succi subì una diminuzione complessiva di peso di 14 Kg., mentre invece subì una diminuzione di peso netto di soli Kg. 11,961: che il Succi ha mantenuto fino al termine del digiuno la forza muscolare iniziale, mentre invece risulta che nella mano destra la forza diminuì di 2 Kg. e nella sinistra di 5 Kg. Il Filippi inoltre chiama periodo anaplastico l'età di 38 anni del Succi, mentre doveva chiamarlo cataplastico. Asserisce che il Cetti durante il digiuno soffrì di *diarrea*, mentre nulla di ciò è notato dal Senator, di cui il Prof. Luciani cita le parole testuali. Fa credere che il Tanner abbia avuto lunghe sofferenze durante il digiuno, senza dir nulla di concreto intorno alla durata dell' inanizione contenuta nei limiti fisiologici. Crede che nel liquore del Succi entrino sostanze capaci di *assarsi nell'organismo* e di produrvi *saturazione alcaloidea* (sic), senza darsi pensiero di confortare questa sua credenza con un solo esempio di analogia. Non esclude il dubbio che il Succi abbia preso furtivamente durante tutto il periodo del digiuno degli alcaloidi e glucosidi, e non tien conto che ogni

sera fu fatta al Succi una rigorosa perquisizione nella sua camera e non riferisce i risultati ottenuti dal Prof. Giacomelli dalle analisi chimiche delle urine del Succi che gli furono affidate da lui stesso per la ricerca degli alcaloidi.

Il Presidente Prof. Mattei apre la discussione sulle comunicazioni fatte dal Dott. Fatichi e dal Prof. Luciani: nessuno domanda la parola sulla prima; a proposito delle ultime osservazioni fatte dal Prof. Luciani, egli stesso rivolge la domanda al Dott. Crapols, segretario del Comitato di sorveglianza, se cioè i Bollettini che erano comunicati ai giornali politici avevano un carattere ufficiale, alla qual domanda il Dott. Crapols risponde negativamente.

Il Dott. Marcacci domanda se per constatare le qualità tossiche del liquore del Succi furono fatti esperimenti sugli animali, ma sembra che esperimenti ben diretti in proposito non siano stati peranco eseguiti.

Nessun altro domandando la parola, l'Adunanza viene sciolta alle ore tre pomeridiane.

*V.º Il Presidente.*

Prof. LUIGI LUCIANI.

*Il Segretario.*

Dott. VITTORIO GRAZZI.

PUBBLICA DEL 15 LUGLIO 18

*Presidente* Prof. LUIGI LUCIANI

ni, Vecchiotti, Brigidi, Bajard  
Sacchi, Pardo, Fatichi, Colzi, C  
, e Aurelio Bianchi.

erta alle ore 1 pomeridiane.

so verbale della precedente sec  
torno ad alcune particolarità de  
i topi bianchi.

ono data cura d'investigare i  
ali inferiori avanti, nell'atto e s  
i fatti corrispondenti nei verteb  
ti esaminare nei mammiferi.

llo sviluppo di questi furono pres  
Barry e del Bischoff verso la m  
nelli dell' Hensen e del Van B  
le quali a noi oggi su tale argo  
erose e molto diverse da quelle c  
in proposito i due ultimi natu  
a necessità che fossero fatte m  
uzione e la segmentazione delle u  
se *musculus* (varietà bianca, vari  
nostri Laboratorii e che in gran  
si riproduce.

a recentissima perdita, cercò di sti  
il Selenka di esaminarle dopo l  
a espongo i fatti osservati nell'  
romba fino ad avanzata segment  
o del *mus musculus* è circondat  
, nella *Mustela*, nella *Lutra*, nel  
in alcuni chiroterri (Mac-Lead  
iando da questa cassula, si diri  
mmità del corno uterino corris  
ungere che nella cassula e nell  
oglie un liquido generalmente  
do si staccano le uova dai rispe  
certamente osservati si compe



Dal momento in cui una femmina si accoppia, al momento del parto trascorrono circa venti giorni.

Si giudica che l'accoppiamento è avvenuto dalla presenza di un tappo vaginale corrispondente a quello che osserviamo in identiche circostanze in alcuni altri animali.

Il tappo vaginale è di esclusiva provenienza maschile e non già quale afferma il Lataste per il *Pachyuromis Duprasi Lataste* e per il *Dipodillus Simoni*.

Ogni volta che maturano alcune uova per essere espulse dall'ovajo, ha luogo un solo accoppiamento. Fra ottanta femmine, uccise nelle prime ventiquattro ore dopo l'accoppiamento, se ne trovò una sola che avesse due tappi vaginali e che quindi si fosse accoppiata altrettante volte ed a breve intervallo. È però da notare che essa aveva partorito da sole 36 ore.

Il tappo occlude completamente tutta la vagina e rimane in posto per più di 24 ore nel maggior numero dei casi.

In tutte le femmine, nelle quali si notarono i segni dell'avvenuto accoppiamento, trovammo altresì, nelle prime 50 ore consecutive, le uova nelle trombe.

In quattro femmine uccise subito dopo l'accoppiamento, le uova erano già per un breve tratto inoltrate nelle trombe stesse.

Volendo studiare quella parte del periodo di maturazione che le uova percorrono nell'ovajo, è necessario sapere che due o tre giorni dopo il parto ne maturano alcune, presso a poco come accade nelle coniglie.

Nell'ovajo, insieme alle uova maturanti destinate ad essere espulse, se ne trovano alcune che maturano, sebbene ne sia impossibile la discesa verso la tromba. Esaminando queste ultime, quando le prime già scese nella tromba sono per essere fecondate, si vede che emettono un globulo polare.

Fino ad ora non si è trovato alcun uovo nei follicoli prossimi a scoppiare che avesse formato un globulo polare normale, come il Bellonci dice che accade nelle cavie ed il Van Beneden nel coniglio e nei chiroterri.

Generalmente maturano in un medesimo tempo e quindi insieme discendono per le trombe da sei a dieci uova. È raro però che nascano più di sei figli. Numerose osservazioni anzi dimostrano che in moltissimi casi non sono fecondate tutte le uova che discendono per le trombe e che, qualche volta, alcune non giungono neppure a maturazione completa.

Le uova completamente sferiche, contenute nella prima porzione della tromba avanti che vi arrivino gli spermatozoi, si presentano nei vari casi a quattro diversi stadii di maturazione.

In alcune si trova soltanto il fuso di maturazione disteso sopra la superficie, mentre in altre l'osserviamo dirette obliquamente verso un punto di questa che si solleva.

In alcune si vede formare un globulo polare ed in altre si assiste alla formazione di un secondo globulo, dopo che il primo è completamente emesso.

Come in una medesima tromba e nel medesimo tempo si trovano uova mature aventi uno o due globuli polari, così in altri casi possiamo trovare uova fecondate e segmentate che abbiano uno o due globuli polari.

volume loro, per la costituzione del loro corpo, per sparsi o raccoltavi a forma di nucleo, non possiedono cellule che circondano l'uovo.

Abbandonano in caso alcuno le uova, essendovi man-  
cato strato albuminoso esterno.

Quando sta per comporsi il pronucleo femminile  
fuso di maturazione, che ha formato l'unico globo  
residuo del fuso di maturazione che ha formato  
polare.

In caso ha luogo nella parte iniziale della tromba.  
che essa accada sette od otto ore dopo l'accop-

più di spermatozoi penetra nell'utero, pochissimi  
la tromba.

L'uovo è accompagnato da molte cellule della mem-  
brana ameboidi od in alcuni casi fatteei globulifere. Presso  
cellule non ho veduto avanzarsi più di due o tre

nature, completamente isolate dalla tromba e man-  
tenendo conveniente temperatura immerse nel liquido tolto  
arica, non ho scorto più di uno spermatozoo dotato  
a contatto delle medesime.

È penetrato nello strato albuminoso che circonda  
e superficiale di questo una rilevatezza papuliforme,  
a sede al polo opposto a quello per cui sono emessi  
te volte producesi lateralmente ad essi, ma dalla  
sta organizzandosi il pronucleo femminile.

Spermatozoo prende parte alla fecondazione. Appena  
sollevamento prodottosi alla superficie dell'uovo,  
che la sua testa intensamente colorabile.

Spermatozoo, fino a quel momento omogenea, si risolve ben  
in reticolo formato di granuli cromatici riuniti tra  
osservato il Van Beneden nelle uova dell'*Asca-*

formazione ed accrescimento del pronucleo maschile  
dile dai residui del fuso di maturazione.

A composti hanno grandezza e tessitura diversa e  
tro. Adagio adagio si avvicinano dirigendosi verso  
sto tempo la loro parete si fa meno distinta.

Cromatina è disposta a forma di sferulette ed in fine  
umentoso.

Ho trovato un uovo con tre pronuclei; ed in uno  
certezza ritenere che due pronuclei fossero di de-

onuclei deriva il fuso di segmentazione. Questo è

voluminoso, confronto fatto col fuso di maturazione, ed ha gli estremi rivolti verso due punti diametralmente opposti dell'equatore dell'uovo.

Avanti la divisione dell'uovo distinguonsi abbastanza chiaramente a' poli del fuso di segmentazione i segni delle sfere di attrazione e, in special modo, i globuli centrali di queste.

L'uovo fecondato progredisce oltre nella tromba e quando è vicino a dividersi perde in ogni caso quell'accumulo di cellule della granulosa ovarica da cui era accompagnato e circondato.

Il primo piano di segmentazione passa per uno dei meridiani dell'uovo.

I due blastomeri che ne derivano sono perfettamente uguali tra loro per volume e per tessitura. Si comportano nello stesso modo tanto se trattati con le varie materie capaci di colorare la cromatina, quanto con i reagenti delle sostanze grasse. Nel coniglio, invece, già si notano differenze per volume e composizione tra l'uno e l'altro (Van Beneden).

L'uovo conserva nel suo insieme la forma sferica tanto quando si è diviso in due, che quando è composto di quattro blastomeri.

Allorchè è composto di quattro blastomeri possiamo dimostrare chiaramente che questi sono tutti uguali tra loro e che ciascuno ha la forma di una piccola piramide a tre facce, con la base esternamente convessa e disposta alla superficie dell'uovo. In una parola, la forma degli elementi dell'uovo diviso in quattro è diversa da quella disegnata e descritta dagli altri autori.

Nei tagli passanti per l'equatore dell'uovo così segmentato si vedono soltanto tre blastomeri.

L'uovo in uno stadio successivo si divide in otto blastomeri sempre tra loro uguali. In questo caso però essi tendono quasi sempre a disporsi in due gruppi distinti. L'uovo perde la forma sferica allungandosi leggermente e diviene più grande.

Dopo questa fase l'uovo è composto di dodici elementi, otto dei quali più piccoli degli altri.

Nessuna cavità fino a questo momento si è potuta constatare al centro dell'uovo.

Nei varii gradi di segmentazione finora studiati si può sempre riconoscere il globulo od i globuli polari. Dalla posizione di questi credo potere con fondamento, come dimostrerò nella successiva memoria, stabilire la direzione dei piani di segmentazione.

Poco dopo avvenuta la fecondazione non si riscontra più alcuno spermatozoo nè sull'uovo nè in vicinanza di questo; tanto meno se ne osserva qualcuno quando l'uovo è segmentato. Non così accade nel coniglio (Van Beneden).

L'uovo maturante, maturo e fecondato contiene poche sostanze colorabili in nero dall'acido osmico e queste, sotto forma di granulazioni, sono raccolte nella e presso la parte centrale.

Le uova che, discese nella tromba, non vi giungono a perfetta maturazione, quelle che maturate non son fecondate e quelle fecondate, si avanzano contemporaneamente verso l'utero. Le prime degenerano prestissimo perdendo ogni traccia di sostanza cromatica: così pure le seconde, ma queste però seguitano ad averla nei rispettivi globuli polari.

to dall' ultima porzione della tromba un novo com-  
e di non pochi segmenti più piccoli. Il seg-  
molta sostanza cromatica sparsa, mentre gli al-  
cleo e disuguali.

vito a trarre le sopra esposte conclusioni intra-  
no stati eseguiti sopra più di 140 femmine uo-  
rimi tre giorni dopo l'accoppiamento, e sono stati  
di diversi.

e sopra le uova sempre viventi, come è stato detto  
arle completamente dalla tromba, dopo averle fle-  
le poi col carminio boracico sotto il campo del

sono anche fatti tagliando in serie le trombe fis-  
uido del Flemming o con quello del Kleinenberg.  
aparazioni, eseguite egregiamente dal mio valente  
aparazioni stesse sono a disposizione di tutti co-  
l'esattezza dei fatti nuovi surriferiti.

Il Prof. Tafani mostra le femmine di questi topi  
vi vaginali isolati, una serie di preparati micro-  
grafe di questi preparati eseguiti dal Profes-

*Baldi intorno alla formazione degli acidi bi-*

da pubblicazione sulla *escrezione biliare*, basan-  
cola di fatti, venni nel concetto che la formazione  
degli acidi biliari, similmente all'urea, si com-  
non esclusivamente nel fegato, come fino ad  
ci. La conclusione mia di allora era una indu-  
n era il risultato diretto e positivo dell'espe-  
venisse teoria era necessaria una diretta san-  
eva, cioè, dimostrare che un altro organo, come  
iscoli fossero capaci di formare gli acidi biliari  
Bisognava formarsi da prima un metodo di ri-  
di servirmi del metodo delle circolazioni arti-  
rtaccati.

praticate nel laboratorio di Ludwig, e per quelle  
Schmiedeberg, è noto che un organo può soprav-  
ale ancora per molto tempo, come un nervo e  
hmiedeberg e il Bunge il tempo di sopravvivenza

nmi capi quanto si riferisce al metodo delle cir-  
to a tutti.

omenti biliari e sulla funzione emuntoria del fegato.

Gli organi staccati da un animale ucciso per dissanguamento in piena salute vengono posti in una cassa di zinco a doppia parete che si mantiene alla temperatura del corpo. Altra scatola, riscaldata pure alla temperatura dell'animale, contiene due bocchie con una tubulatura inferiore ed una superiore, le quali si riempiono del sangue defibrinato omogeneo ed eterogeneo che si vuol far circolare. La tubulatura inferiore della boccia è in comunicazione con l'arteria dell'organo in esperimento; la superiore con una bottiglia vuota a perfetta tenuta d'aria che porta un manometro, nella quale scola acqua da una boccia alla Mariotte. La circolazione artificiale può continuarsi, a seconda dei casi, 3-4 e più ore facendo passare più volte il medesimo sangue sempre bene ossigenato dopo di averlo raccolto in un matraccio dalla vena dell'organo.

Ove si fosse avuto formazione di acidi biliari facendo circolare il sangue in un organo, questi acidi non potevano essere accumulati che nel sangue, quindi mi occorreva di creare un metodo per la ricerca non troppo facile di questi acidi nel sangue. Dopo non pochi tentativi, sono giunto a trovarne uno abbastanza esatto, facile e soprattutto poco dispendioso: cosa non di poco interesse nei nostri laboratorii.

Finita la circolazione artificiale raccolgo tutto il sangue, con cui ho esperimentato, compreso quello che può esser rimasto nell'organo in esame ed in una capsula lo evaporo nel tempo il più breve possibile sul bagno maria, agitando continuamente fino a che non sia una polvere secca. Questo sangue così seccato lo tratto con alcool assoluto bollente, lo lascio per qualche ora a sé e poi lo filtro; il filtrato precipito con un eccesso di etere. Il precipitato dopo qualche ora aderisce alle pareti ed al fondo del vaso ed è costituito da *sali biliari*, carbonati ed altre impurità. Riprendo il precipitato ottenuto con acqua, precipito con  $\text{ClH}$  allungato, lavo, sciolgo il precipitato e saggio con zucchero ed acido solforico concentrato. Come una prima prova qualitativa per ammettere od escludere la presenza dei sali biliari, sarebbe sufficiente anche la comparsa o no della colorazione rosso-porpora caratteristica. Ma per avere una cognizione quantitativa si potrebbe purificare questi sali o trattando la soluzione acquosa del precipitato eterico con acetato neutro di piombo e poi riprendere il precipitato, liberarlo dal piombo e cristallizzare; oppure, purificare il precipitato eterico anche con successive cristallizzazioni dall'alcool. Tutto questo però quando la quantità della sostanza ottenuta lo permettesse; perchè si sa bene che la purificazione di una sostanza, per quanto si lavori esattamente implica sempre una perdita della medesima.

Espostovi il metodo per la determinazione degli *acidi biliari* nel sangue, eccovi il piano delle mie ricerche: far circolare attraverso ad un organo staccato un sangue dove fosse mescolato *acido colalico e glicocola* per veder se ottenessi la sintesi dell'*acido glicocolico*, come si ottiene la sintesi dell'*ac. ippurico* facendo una circolazione nel rene del porco con sangue mescolato ad *acido benzoico e glicocola*. Se questa prima esperienza praticata nei var organi, all'infuori del fegato, avesse dato un risultato negativo, la mia ipotesi sarebbe stata fortemente minacciata, se non addirittura crollata dalle fonda

risultato positivo, vale a dire glicocolico, la mia ipotesi avrebbe avuto in questo fatto ma non sarebbe stata la prova incontrastabile che un il fegato possa formare al pari di questo la sua quota rebbe potuta sempre affacciare l'obiezione che un organo la sintesi dell'acido glicocolico, solamente quando nel elementi che costituiscono quest'acido. Quindi bisognava una serie di esperienze dimostrassi non più la sintesi ma la formazione dell'acido *colalico* negli organi staccati sarebbe potuto avere la prova certa che il fegato non è acido della bile. — A questo scopo mi proponeva di fare esperimenti in organi staccati mescolando al sangue la sola gli circolato avessi avuto la presenza dell'acido glicocolico, e che l'organo in esperimento non è solo capace di una glicocolico, ma anche della formazione dell'*acido colalico*, in questo caso mi avrebbe servito da reattivo dell'*acido cola-*

Quantunque in tutti i trattati i più in uso si neghino senza degli acidi biliari, pure l'esigenza sperimentale richiedesse col medesimo processo anche il sangue *non circolato*. Nel caso che nel sangue non circolato senza di acidi biliari, la mia ipotesi avrebbe guadagnato giungere ad una legge positiva e si sarebbe aperto al modo ad una terza serie di ricerche non meno interessanti de-

Sono ben lungi dal poter presentare all'Accademia le esperienze nella loro completezza. I pochi risultati che ho il principio fortunato di un lavoro lungo e diligente che Non ho creduto ozioso di esporveli per avere un giudizio che mi rendesse più sicuro della giustezza delle mie ipotesi. In verità anche questi primissimi risultati non mi sembrano interesse.

Ed ecco senz'altro il risultato delle poche ricerche

Il sangue non circolato è tenuto nelle medesime condizioni il sangue circolato nell'organo estirpato, trattato col metodo senza in piccole quantità una sostanza estraibile con alcool precipitabile con acidi minerali, la quale dà la reazione per ora io interpretai come *tracce d'acidi biliari*.

Per vedere se questo fosse dovuto ad una putrefazione quantità uguali di sangue freschissimo, e di sangue in Entrambi mi hanno dato solamente tracce di acidi biliari quantitative apprezzabili.

Quindi da queste prime esperienze può ritenersi che male si ha la presenza di acidi biliari, come anche l'E

(1) H. MILNE EDWARDS. Leçons sur la Physiologie et l'Anatomie des Animaux.

vato nel 1852. — Del resto, era logico l'ammettere che nel sangue circolante vi fossero acidi biliari, ammettendo che questi si formino in tutto l'organismo. Non potendone scoprire la presenza, bisognava ammettere che nel sangue circolante se ne contenesse in così piccola quantità da non potersi mettere in evidenza coi nostri mezzi d'indagine.

Nel tradurre in atto il progetto della prima serie di ricerche l'esperienza non tardò a farmi accorto delle gravi difficoltà di cui era irta la risoluzione del problema che mi proponevo. Intanto il sangue a cui mescolavo una certa quantità di acido colalico era alterato nella sua emoglobina e l'ossigenazione si compieva molto imperfettamente; la circolazione era enormemente difficoltà per un'azione costringitrice sui vasi dell'acido colalico: finalmente la separazione dell'acido colalico rimasto, dall'acido glicocolico mi si mostrava di una difficoltà imponente, attesa la pochezza della sostanza. Per cui rinunciando alla prima serie, passai alla seconda.

Prima che in qualunque altro organo, era naturale che facessi una circolazione artificiale con glicocollo nel *fegato* per avere una norma. Una tale circolazione mi dette per risultato formazione di acidi biliari, perchè il sangue circolato ne conteneva evidentemente una quantità maggiore del sangue non circolato.

Dopo il fegato, ho praticato una circolazione artificiale sul polmone, con un risultato uguale, ma per ora non ho prove sufficienti per dire se la quantità di acido *colalico* formatosi nel polmone fosse uguale, maggiore o minore di quella formatasi nel fegato.

Ho fatto poi una circolazione artificiale nel rene, adottando sangue senza aggiunta di nessuna sostanza altro che cloruro di sodio. Il risultato di questa esperienza non è così netto perchè io possa dire che anche nel rene è avvenuta formazione di *acido colalico*.

Questi sono i risultati che ho ottenuti dalle prime mie ricerche; quanto prima avrò completato la serie delle esperienze, mi farò un dovere di presentarle all'Accademia i risultati.

Il Dott. **Banti** domanda se il sangue non circolato in cui si trovarono acidi biliari fu trattato col medesimo metodo, per la ricerca degli acidi, che quello circolato.

Il Dott. **Baldi** risponde: che non solamente tanto il sangue circolato come quello non circolato furono trattati col medesimo metodo, ma che il sangue non circolato era porzione di una medesima quantità di sangue. Prevedendo poi una seconda domanda del Dott. Banti, si affrettò a dichiarare che il sangue circolato conteneva evidentemente una quantità di sali biliari maggiore che il sangue non circolato.

Aperta la discussione sulla memoria del Prof. Tafani, il **Presidente** domanda se davvero sarebbe un solo spermatozoo quello che feconda l'uovo non intende perchè non dovessero giungervene più d'uno. È una condizione particolare ai topi bianchi che determina cotesto fatto?

Il Prof. **Tafani** osserva che vide sempre entrare nell'uovo un solo spermatozoo, ma non esclude che ve ne possano, in alcuni casi rarissimi, entrare due

1, scende insieme a cellule ameboidi: non sa-  
trata degli spermatozoi. I topi bianchi em-  
piono nel coito l'utero di sperma e il tappo vaginale impedisce a questo di  
uscire per 24 ore: ma di fronte a ciò nella tromba arrivano pochissimi sper-  
matozoi e quelli dell'utero muojono poco dopo l'eiaculazione.

Vuole del resto studiare perchè gli spermatozoi spariscano presto nel-  
l'utero e quali glandule secernano il liquido pel tappo vaginale.

Il Prof. Luciani dice essere molto importante il fatto della morte degli  
spermatozoi nell'utero: però sebbene tutti gli autori neghino la fecondazione  
nell'utero, non crede che fin qui vi sia ragione positiva per ammettere che  
non possa mai ciò avvenire.

Il Prof. Tafani replica di non sostenere il fatto che per la specie stu-  
diata, conigli e topi: pei primi il Van Beneden li vide sempre fecondati nella  
tromba: nei topi il Tafani vide l'uovo fecondato nella parte più alta della  
tromba che è pieggettata ad ansa. Aggiunge che le uova mature sono da 8  
a 10 per ogni periodo di calore e i figli che nascono sono al massimo 4, 5, 6.  
Ciò prova che non tutte le uova sono fecondate e in due casi vide difatti  
due uova degenerate. Esclude pei suoi 120 casi che la fecondazione possa av-  
venire nell'utero, perchè l'uovo espulso dall'ovajo dee esser fecondato nella  
tromba; nell'utero subirebbe tali modificazioni che non lo farebbero più atto  
alla fecondazione.

Il Prof. Luciani domanda se crede che possa estendersi questa osserva-  
zione all'uomo: sarebbe utile ben chiarire se si concepisca più facilmente dopo  
la mestruazione o se ciò può accadere in qualsiasi giorno del mese; se sempre con  
la mestruazione coincide la ovulazione e se l'ovulo dee trovarsi sempre in un  
certo periodo di sviluppo per fecondarsi.

Il Prof. Tafani ritiene che gli studii fatti si limitino solo a dare re-  
sponsi per gli animali studiati: ma potrebbero anche servire a spiegare le  
proposte fatte. Il Van Beneden ha osservato che i chiropteri si accoppiano  
in autunno, il loro utero resta tutto l'inverno tappezzato di spermatozoi e i  
piccoli nascono di Giugno dopo due mesi di gestazione. Ora in tal caso o lo  
spermatozoo ha sopravvissuto o l'uovo fecondato si è arrestato nel suo svi-  
luppo: il Van Beneden dice che infatti l'ovolo si segmenta di inverno e si  
sviluppa di primavera. Nel capriolo si vide che la fecondazione avviene nel  
Maggio, l'ovolo si comincia a sviluppare nel Giugno, poi si arresta e l'ani-  
male partorisce di Dicembre. Potrebbe in tali casi quindi credersi che l'uovo  
che è stato fecondato non ha trovato subito condizioni favorevoli al proprio  
sviluppo, si è arrestato e poi si è sviluppato di nuovo. Del resto finisce col  
dire che i fatti osservati da lui si riferiscono a topi e conigli, che han parti  
diverse da quelle umane, tappo vaginale e accoppiamento unico.

Il Prof. Luciani dice che su queste basi resterebbe dubbio se la me-  
struazione coincida con la ovulazione.

Il Prof. Tafani osserva che però anche nei topi la ovulazione coincide  
col turgore dell'ovajo e con l'accumulo di liquidi: secondo lui la maturità del-  
l'uovo coincide con la mestruazione.



Aperta la discussione sulla memoria Baldi, dopo alcune osservazioni del Dott. Banti e schiarimenti dati dal Prof. Luciani e dal Dott. Baldi la seduta è sciolta alle ore 3 pomeridiane.

*Vº Il Presidente*  
Prof. LUIGI LUCIANI.

*Il Segretario*  
Dott. AURELIO BLANCHI.













e con essa si articola. Non ha rinvenuto nella letteratura anatomica alcun caso che abbia rassomiglianza col suo. Fa notare inoltre che l'atlante e la prominente presentano anomalie di forma nelle loro apofisi trasverse di sinistra, determinate dal fatto di non essersi completamente sviluppate le radici anteriori e perciò rimasti aperti anteriormente i fori vertebro-arteriali.

Esclude l'ipotesi di un processo patologico, per i caratteri molto differenti che da questo presentano, per aver ritrovata l'anomalia in una colonna di giovane donna, per aver riscontrato tutte le altre parti dello scheletro regolarmente conformate. Esclude l'ipotesi di una ossificazione del muscolo intertraversario anteriore, al solito per i caratteri negativi del processo in parola, per la grossezza del processo doppia di quella del muscolo, per la direzione del muscolo opposta a quella del processo stesso. Crede si tratti di un'apofisi vertebrale anormemente sviluppata. Ricercando quale di queste - fisi possa rappresentare, fa rilevare: come nella serie anin esempi di costole cervicali, talvolta libere, tal'altra saldate l'embriogenia dimostri che la radice anteriore della vertebra senti la costola cervicale umana saldata all'apofisi trasv





Terminata anche questa comunicazione il Presidente apre la discussione sulla prima del Dott. S. Bianchi. Nessuno prendendo la parola, è aperta la discussione su quella del Prof. Tafani.

Il Socio Prof. Luciani dichiarando di trovare importantissima la comunicazione del Prof. Tafani, è però dolente di non essere in grado oggi d'impegnare una discussione non trovandosi in buone condizioni di salute. Chiede che questa venga differita alla prossima adunanza. La Società approva.

L'ordine del giorno essendo così esaurito l'adunanza pubblica è sciolta.

*Il Presidente*

Prof. ALESSANDRO TAFANI

*Per il Segretario*

Dott. G. BANTI













Il Dott. **Banti** domanda al Dott. **Baldi** se sappia che esistano esperienze con le quali si determini la quantità di creatina dei muscoli in riposo, in rapporto con quella dei muscoli che hanno lavorato.

Il Dott. **Baldi** risponde non essere a sua cognizione che esistano ricerche in proposito.

Il Dott. **Tommasi** domanda al Dott. **Baldi** se fosse sicuro che nella determinazione di creatinina questa non potesse in parte rimanere nelle così dette sostanze estrattive dell'orina.

Il Dott. **Baldi** risponde che potrebbe forse dubitarsi di non aver raccolto tutta la creatinina perchè questa in un mezzo *alcalino* prende una molecola di acqua e passa in creatinina; ma egli dice di esser sicuro di aver determinato tutta la creatinina perchè acidificava con  $50\text{H}_2$  l'urina che evaporava per le sue determinazioni.

Nessun altro prendendo la parola e l'ordine del giorno essendo esaurito, l'adunanza viene sciolta.

*Il Presidente*

Prof. A. TAFANI.

*Il Segretario*

Dott. G. MARCACCI.





















particolarità del tessuto nervoso, e così nettamente, che nessun altro metodo  
----- a fare. — Quanto ha esposto rimane completamente dimostrato dall'azione che Egli possiede.

a la parola il Dott. Tommasi il quale comunica all'Accademia i dati  
arii a seguirsi nella cura dell'*atassia locomotrice progressiva ed alcune  
malattie del sistema nervoso col mezzo della sospensione*. — A  
lice che in seguito alla lettura di varii articoli in alcuni giornali  
cancesi e politici aveva pregato l'illustre Prof. Charcot di fargli  
'apparecchio per la sospensione che descrive minutamente, e pre-  
ademia. — A tale scopo segue nella descrizione dell'apparecchio  
stesse seguite nel *Progrès médical* del 23 Febbraio (n. 8. 1889











\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





















































































dell'ordinario nelle vegetazioni adenoidi.

quest'ultimo fatto non stava solamente contro le vegetazioni adenoidi: anche, e molto, a favore di un neoplasma. E, fra i neoplasmi, si poteva escludere sicuramente, per i caratteri obiettivi, e per l'età del malato comune: il fibroma cosiddetto naso-faringeo; mentre tutti i dati obiettivi e anamnestici si accordavano per ammettere un neoplasma non bene fra questi più probabile, in ragione dell'andamento e dell'assenza d'istioganglionari, il sarcoma.

Ma io avevo fortunatamente un mezzo diagnostico decisivo a mia disposizione: estirpai colla pinzetta naso-faringea di Jurasz un frammento di tumore indurito per l'esame microscopico. L'indurimento del tessuto, come di tutti molto ricchi di cellule, riuscì penoso e fu solo possibile dopo una prima immersione in alcool assoluto e soprattutto nella soluzione alcoolica di celloidina. I tagli fatti col microtomo riuscirono allora finissimi e colorati col carminio alluminico. Il tessuto era composto essenzialmente di cellule e da uno scarso stroma connettivale delicatissimo, visibile solo in trami sottili ed esaminati in un mezzo non troppo refrangente, ci















































## ADUNANZA PUBBLICA DELL' 8 FEBBRAIO 1891

*Alla Presidensa, il Prof. LUIGI LUCIANI, Presidente.*

Sono presenti i soci: Gabbi, Rossi, Bianchi, A., Toti, Zannetti, Malenchini, Puritz, Baiardi, Chiarugi, Mattei, Banti, Oddi, Franceschi Lavinio, Bargioni, Guidi, Lustig, Sacchi, Luciani.

La seduta è aperta alle ore 1 <sup>1</sup>/<sub>2</sub>, pom.

Il Segretario Dott. **Aurelio Bianchi** legge il verbale della precedente adunanza.

Ha quindi la parola il Dott. **Umberto Rossi** che parla intorno al *nucleo nelle uova dello « Spelerpes fuscus » o « Geotriton fuscus. »*

Il Dott. **Toti** presenta poi un giovinetto di 15 anni da lui operato di tracheotomia in seguito ad una asfissia acuta da pericondrite laringea sopravvenuta al quarto giorno della convalescenza da una febbre tifoidea e prende argomento da questo caso per esporre a modo di comunicazione preventiva, alcune impressioni ricevute ed osservazioni fatte sui malati e sui cadaveri tifosi esaminati durante la recente epidemia nei turni dell'ospedale di S. M. Nuova e nell'Istituto Anatomico - Patologico.

Prende quindi la parola il Dott. **Aurelio Bianchi** che fa una succinta istoria delle condizioni etiologiche, cliniche, e terapeutiche osservate nelle febbri infettive avute in cura nell'Arcispedale di S. M. Nuova nei mesi di Dicembre 1890, e Gennaio e Febbraio 1891.

Dopo di che, la seduta pubblica è dichiarata chiusa, ed aperta quella privata.

*Il Presidente*

Prof. **LUIGI LUCIANI**.

*I Segretari degli Atti*

Dott. **UMBERTO ROSSI**

Dott. **RUGGERO ODDI**.

















# **CENNI BIOGRAFICI**

**DEI**

**SOCI DEFUNTI NEGLI ANNI 1886-87-88-89-90-91**























do  
eff  
pe  
rie  
col  
A:

ta:

dic

sin

da

Co

di  
Fa















41C1067



